

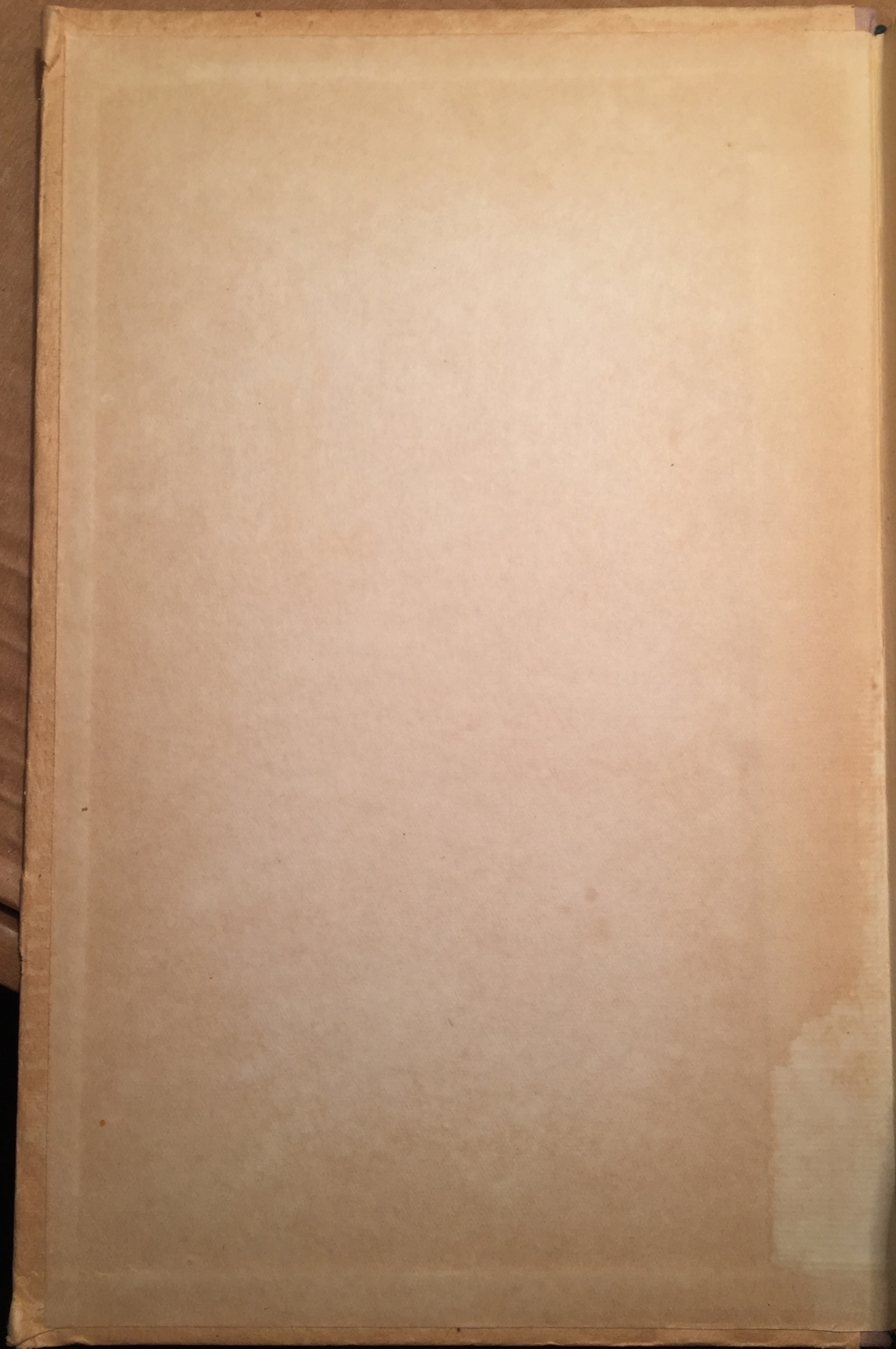
А. И. СЕРЕБРОВ

УЧЕБНИК  
ГИНЕКОЛОГИИ



МЕДГИЗ · 1957







60  
20







А. И. СЕРЕБРОВ

# УЧЕБНИК ГИНЕКОЛОГИИ

ИЗДАНИЕ ПЯТОЕ  
ПЕРЕРАБОТАННОЕ И ДОПОЛНЕННОЕ

*Главной  
инспекцией по медицинскому образованию  
Министерства здравоохранения СССР рекомендован  
для медицинских училищ*



ГОСУДАРСТВЕННОЕ ИЗДАТЕЛЬСТВО МЕДИЦИНСКОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

МЕДИЦИНСКАЯ

ЛЕНИНГРАДСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ • 1957



о ж  
гре  
цин  
име  
осо  
так  
шер  
мени  
слож  
боль  
жени  
втор  
щин  
пони  
цинс  
хара  
нов  
И  
дифте  
поло  
нов  
поло  
с род  
при б  
что о  
образ  
рые д

В р  
акуше  
отечес  
подроб



# О Г Л А В Л Е Н И Е

	Стр.
Введение . . . . .	3
Понятие о гинекологии . . . . .	—
Виднейшие отечественные ученые в области гинекологии . . . . .	—
Особенности и достижения советской гинекологии . . . . .	6
Вопросы деонтологии . . . . .	10
<i>Глава первая. Методика исследования гинекологических больных . . . . .</i>	<i>13</i>
А н а м н е з . . . . .	—
Возраст больной . . . . .	16
Влияние условий труда и быта . . . . .	—
Жалобы больной . . . . .	17
Детство . . . . .	21
Половая жизнь . . . . .	22
Беременность и ее исход . . . . .	23
Предшествующие заболевания . . . . .	24
О б ъ е к т и в н о е    и с с л е д о в а н и е . . . . .	—
Общее состояние больной . . . . .	—
Обстановка для исследования гинекологических больных . . . . .	25
Положение больной . . . . .	28
Подготовка рук для исследования . . . . .	30
Подготовка больной к исследованию . . . . .	—
Наружное исследование . . . . .	32
Осмотр живота . . . . .	—
Пальпация (ощупывание) живота . . . . .	33
Выстукивание живота . . . . .	36
Выслушивание живота . . . . .	—
Измерение живота . . . . .	37
Осмотр наружных половых органов . . . . .	—
Внутреннее исследование . . . . .	38
Прямокишечное комбинированное исследование . . . . .	44
Осмотр с помощью инструментов . . . . .	45
Дополнительные методы исследования . . . . .	50
Лабораторные методы исследования . . . . .	52



	Стр.
<i>Глава вторая. Аномалии развития половых органов. Неправильные положения матки.</i> . . . . .	58
<i>Пороки развития</i> . . . . .	—
Пороки развития яичников и труб . . . . .	—
Пороки развития матки и влагалища . . . . .	59
Сужение влагалища . . . . .	62
Неправильное развитие матки и влагалища . . . . .	63
Пороки развития наружных половых органов . . . . .	67
Двуснастие (гермафродитизм) . . . . .	—
<i>Неправильные положения матки</i> . . . . .	68
Наклонения матки . . . . .	70
Перегибы матки . . . . .	72
Опущение и выпадение матки . . . . .	73
Симптомы неправильных положений матки . . . . .	75
Выворот матки . . . . .	78
Лечение неправильных положений матки . . . . .	79
Профилактика неправильных положений матки . . . . .	82
<i>Глава третья. Расстройства менструаций</i> . . . . .	83
Аменоррея . . . . .	86
Меноррагия . . . . .	88
Метроррагия . . . . .	91
Дисменоррея . . . . .	92
<i>Глава четвертая. Воспалительные заболевания женских половых органов</i> . . . . .	95
<i>Возбудители</i> . . . . .	—
<i>Общие симптомы</i> . . . . .	97
Бели . . . . .	—
Боли . . . . .	98
Кровотечения . . . . .	99
<i>Гонорройные заболевания</i> . . . . .	—
Гонококк и его свойства . . . . .	100
Способы заражения . . . . .	101
Гоноррея нижнего отдела полового аппарата . . . . .	104
Вульвит и вульвадит . . . . .	—
Бартолинит . . . . .	—
Уретрит . . . . .	105
Эндоцервицит . . . . .	106
Гоноррея верхнего отдела полового аппарата . . . . .	107
Восходящая гоноррея . . . . .	—
Гонорройный эндометрит . . . . .	108
Гонорройное воспаление придатков матки . . . . .	109
Периметрит, пельвеоперитонит и общий перитонит . . . . .	110
Лечение гонорреи . . . . .	112
Установление излеченности от гонорреи . . . . .	114
Местное лечение гонорройных очагов . . . . .	—
Лечение восходящей гонорреи . . . . .	116



	Стр.
Профилактика гонорреи у взрослых . . . . .	116
Гоноррея в раннем детском возрасте . . . . .	118
Заражение и течение . . . . .	—
Лечение . . . . .	120
Профилактика . . . . .	121
Септические заболевания . . . . .	—
Возбудители и распространение инфекции . . . . .	—
Инфекция с местной локализацией . . . . .	123
Воспаление наружных половых органов . . . . .	—
Воспаление влагалища . . . . .	—
Септическое воспаление матки и придатков . . . . .	124
Воспаление клетчатки таза . . . . .	125
Общее септическое заражение . . . . .	128
Профилактика септических заболеваний . . . . .	132
Туберкулез половых органов . . . . .	133
Сифилис (твердый шанкр) женских половых органов . .	133
Паразиты женских половых органов . . . . .	140
Трихомонады . . . . .	—
Острицы . . . . .	142
Глава пятая. Бесплодие . . . . .	144
Профилактика бесплодия женщины . . . . .	148
Глава шестая. Опухоли . . . . .	149
Предраковые заболевания женских половых органов . .	150
Опухоли яичника . . . . .	157
Эпителиальные опухоли яичника . . . . .	160
Соединительнотканые опухоли яичника . . . . .	162
Тератоидные новообразования яичников (тератомы) . . . . .	163
Гормонопродуцирующие опухоли яичников . . . . .	164
Феминизирующие опухоли . . . . .	165
Маскулинизирующие опухоли . . . . .	166
Симптоматология и течение опухолей яичника . . . . .	167
Диагностика опухолей яичника . . . . .	169
Лечение опухолей яичника . . . . .	171
Опухоли матки . . . . .	172
Фибромиомы . . . . .	—
Рак шейки матки . . . . .	178
Симптоматология и диагностика . . . . .	179
Лечение . . . . .	195
Рак тела матки . . . . .	198
Симптоматология и диагностика . . . . .	—
Течение и прогноз . . . . .	202
Лечение . . . . .	—
Рак влагалища . . . . .	203
Рак наружных половых органов . . . . .	206
	337



	Стр.
Острые кондиломы . . . . .	210
Рак женской уретры . . . . .	211
Профилактика рака женских половых органов . . . . .	212
<i>Глава седьмая. Свищи</i> . . . . .	217
<i>Глава восьмая. Методика ухода за гинекологическими больными и общая терапия заболеваний женских половых органов</i> . . . . .	220
Режим гинекологических больных . . . . .	222
Методика ухода и общая терапия . . . . .	224
Применение льда, согревающих компрессов и грелок . . . . .	—
Спринцевания . . . . .	226
Лечение эрозий . . . . .	229
Тампонада матки . . . . .	231
Лечение тампонами . . . . .	232
Лечебные клизмы . . . . .	234
Фармакологические способы лечения . . . . .	235
Кровоостанавливающие средства . . . . .	—
Обезболивающие средства . . . . .	237
Сульфаниламиды и антибиотики . . . . .	238
Иммунотерапия . . . . .	242
Переливание крови . . . . .	246
Гормонотерапия . . . . .	248
<i>Глава девятая. Специальные виды терапии гинекологических заболеваний</i> . . . . .	252
Физиотерапевтические методы лечения . . . . .	—
Электротерапия . . . . .	253
Ионотерапия . . . . .	254
Диатермия . . . . .	256
Светолечение . . . . .	258
Солнечные ванны . . . . .	—
Искусственные источники света . . . . .	259
Гидротерапия . . . . .	262
Лечение ваннами . . . . .	263
Грязелечение . . . . .	265
Парафинотерапия . . . . .	267
Озокеритотерапия . . . . .	268
Массаж и лечебная физкультура . . . . .	269
Санаторно-курортное лечение . . . . .	270
Лучевые методы терапии . . . . .	272
Рентгенотерапия . . . . .	—
Радиевая терапия . . . . .	274
Оперативное лечение . . . . .	275
Обстановка операционной . . . . .	276
Гинекологический инструментарий . . . . .	278
Подготовка больной к операции . . . . .	284



	Стр.
Обезболивание . . . . .	287
Общий наркоз . . . . .	—
Спинномозговая анестезия . . . . .	292
Послеоперационный период . . . . .	293
Наблюдение за деятельностью сердца и температурой . . . . .	296
Наблюдение за мочеиспусканием . . . . .	298
Наблюдение за деятельностью кишечника . . . . .	299
Пролежни . . . . .	300
Брюшностеночное чревосечение . . . . .	301
Ход операции при удалении опухолей придатков и матки . . . . .	304
Влагалищное чревосечение . . . . .	307
Ход операции удаления матки через влагалище . . . . .	—
Ход операции при задней кольпотомии . . . . .	308
Выскабливание полости матки . . . . .	309
Пластические операции . . . . .	310
<i>Глава десятая. Неотложная помощь в гинекологии . . . . .</i>	311
Травматические повреждения женских половых органов . . . . .	—
Внематочная беременность . . . . .	312
Перекручивание опухоли . . . . .	318
Неотложная помощь при маточных кровотечениях . . . . .	320
<i>Глава одиннадцатая. Гигиена женщины. . . . .</i>	322
Гигиена детского возраста . . . . .	—
Гигиена подростков и взрослой женщины . . . . .	324
Общегигиенический режим . . . . .	—
Гигиена менструального периода . . . . .	328
Гигиена половой жизни . . . . .	330
Гигиена климактерического периода . . . . .	331
Организация и методика работы по личной гигиене среди женщин на промышленных предприятиях . . . . .	333



## ВВЕДЕНИЕ

### Понятие о гинекологии

Гинекология в буквальном переводе слова означает «наука о женщине», так как название это произошло от сочетания двух греческих слов: *gynē* — женщина и *logos* — наука, учение. В медицинском понимании этого выражения гинекология должна была бы иметь предметом своего изучения анатомические и биологические особенности, которые отличают женский организм как в здоровом, так и в больном состоянии, физиологию и гигиену женщины, акушерство и некоторые отделы других медицинских дисциплин применительно к женскому организму. Однако в силу исторически сложившихся понятий эта область науки была разделена на два больших отдела. Первый отдел называется учением о родовспоможении и рассматривается в учебниках акушерства, тогда как ко второму отделу относят все те процессы, которые встречаются у женщины в небеременном состоянии. Таким образом, в современном понимании под названием «гинекология» разумеют такую медицинскую дисциплину, которая занимается изучением заболеваний, характерных для женского организма, заболеваний половых органов и тех патологических процессов, которые с этим связаны.

Известно, что общесоматические заболевания, например тифы, дифтерия и др., могут также вызывать изменения и в женском половом аппарате. Заболевания иногда весьма отдаленных органов (гипофиз, щитовидная железа и др.) отражаются на функции половых органов; очень многие заболевания имеют тесную связь с родовой травмой и воспалительными процессами, перенесенными при беременности в послеродовом периоде. Из сказанного ясно, что от гинеколога требуется основательное общее медицинское образование, а также умение пользоваться теми средствами, которые дают ему в руки другие медицинские дисциплины.

### Виднейшие отечественные ученые в области гинекологии

В развитии русской медицины и, в частности, в развитии нашего акушерства и гинекологии важную роль сыграла славная плеяда отечественных акушеров и гинекологов. Не имея возможности подробно осветить историю этого вопроса, мы тем не менее считаем



необходимым познакомить учащихся хотя бы с некоторыми из наших ученых, сыгравших особо выдающуюся роль в развитии акушерства и гинекологии.

Отцом русского акушерства по праву называют выдающегося русского врача XVIII века Нестора Максимовича Максимовича-Амбодика<sup>1</sup> (1748—1812). Он был одним из учнейших врачей своего времени, значительно видоизменил и улучшил преподавание акушерства, введя не практиковавшиеся до него демонстрации на фантоме. Ему же первому принадлежит введение в обыденную практику акушерских щипцов.

Амбодик напечатал ряд оригинальных работ, из которых особое значение имеет его обстоятельное (5 частей) руководство по акушерству: «Искусство повивания или наука о бабичьем деле» (1784). Это было первое оригинальное русское руководство по акушерству.

Одним из основоположников хирургического направления в нашей отечественной гинекологии по справедливости считается ученик Н. И. Пирогова профессор хирургии Казанского университета А. А. Китер. В 1846 г. он произвел неслыханную до тех времен операцию — удаление пораженной раком матки через влагалище. Операция закончилась выздоровлением больной.

Еще более видную роль в развитии акушерско-гинекологической науки сыграл А. Я. Красовский (1821—1898), работы которого, касающиеся главным образом вопросов оперативной гинекологии и акушерства, создали ему крупное научное имя. Он первый в России в 1862 г. произвел операцию брюшного чревосечения и удаления кисты яичника с благоприятным исходом. Написанное им «Оперативное акушерство» является классическим руководством, не потерявшим значения по настоящее время. Его ученики проф. В. М. Флоринский и К. Ф. Славянский успешно продолжали разработку научно-практических вопросов акушерства и гинекологии.

Особенно выделялся К. Ф. Славянский, который сделал ценнейший вклад в науку своими трудами по патологической анатомии и гистологии женских половых органов.

Его учениками были наши крупнейшие гинекологи А. И. Лебедев, Н. Н. Феноменов, Д. О. Отт, И. Н. Грамматикати, П. Т. Садовский.

А. И. Лебедев — талантливый клиницист, много способствовал развитию физиотерапевтических методов лечения в гинекологии, в частности грязелечения.

Н. Н. Феноменов (1855—1918) был одним из виднейших акушеров-гинекологов своего времени. Его руководство по оперативному акушерству до сих пор является настольной книгой акушеров. Его ученик Д. Д. Попов был блестящим хирургом, особо успешно

<sup>1</sup> Прибавка Амбодик (по-латыни *ambo dic* — «скажи дважды») была присоединена Максимовичем к его фамилии как показывающая, что слово Максимович следует повторить.



разрабатывавшим оперативные методы в гинекологии. Им была предложена оригинальная операция образования искусственного влагалища из прямой кишки.

И. Н. Грамматикати во многом способствовал развитию консервативных методов лечения в гинекологии. В частности, им был предложен применяющийся и до сего времени метод введения лекарственных веществ в полость матки при некоторых ее заболеваниях.

Особую роль в развитии гинекологии сыграл Д. О. Отт (1855—1929), создавший оригинальную школу оперативной гинекологии. Созданный им акушерско-гинекологический институт (Ленинград) до сих пор является одним из ведущих учреждений нашей страны. Д. О. Отт был, кроме того, талантливым изобретателем и ввел в практику ряд изобретенных им инструментов по оперативной технике, а также ряд диагностических методов в гинекологии.

Одним из основоположников русской акушерско-гинекологической школы по праву считается знаменитый профессор Московского университета В. Ф. Снегирев (1847—1916). Он вывел преподавание гинекологии из терапевтических клиник и создал первый гинекологический институт для усовершенствования врачей, открытый им в 1896 г., руководителем которого и был до самой смерти.

В. Ф. Снегирев был выдающимся клиницистом, разносторонне образованным ученым, талантливым преподавателем и блестящим хирургом. Его классический труд «Маточные кровотечения» является уникальным. Он уделял большое внимание и консервативным методам лечения гинекологических заболеваний и во многом способствовал развитию в гинекологии лучевой терапии.

Крупный вклад в отечественную гинекологию за советский период внесли выдающиеся профессора А. П. Губарев, В. С. Груздев, В. В. Строганов, К. П. Улезко-Строганова, А. Н. Рахманов, Л. Л. Окинчиц, К. К. Скробанский.

А. П. Губарев, профессор Московского университета, — один из выдающихся гинекологов-хирургов, сыгравший крупную роль в развитии оперативного лечения женских болезней. Его труд «Оперативная гинекология и основы абдоминальной хирургии» является настольной книгой гинекологов.

В. С. Груздев, профессор Казанского университета, был виднейшим гинекологом и одним из пионеров лучевых методов лечения злокачественных опухолей женских половых органов.

В. В. Строганов внес ценнейший вклад в науку своими трудами по лечению эклампсии. К. П. Улезко-Строганова известна своими трудами по патологической анатомии и патологической гистологии в области гинекологии.

В изучении и разработке вопросов организации родовспоможения и охраны здоровья матери и ребенка видная роль принадлежит проф. А. Н. Рахманову и проф. К. К. Скробанскому. Проф. Скробанский оставил нам ряд капитальных трудов по различным вопросам акушерства и гинекологии.



Нельзя не отметить в развитии отечественной гинекологии огромной роли, принадлежащей проф. Л. Л. Оканчицу. Будучи блестящим хирургом-гинекологом, он в то же время являлся пионером в разработке вопросов о деятельности желез с внутренней секрецией.

Приведенный перечень имен далеко не исчерпывает списка крупнейших отечественных акушеров-гинекологов, проявивших немало инициативы и положивших немало труда для развития отечественной науки.

### Особенности и достижения советской гинекологии

Как ни велики были стремления многих из перечисленных выше корифеев нашей науки к переустройству всей системы охраны здоровья матери и ребенка, в условиях царизма они не могли быть осуществлены.

Только после Великой Октябрьской социалистической революции началась новая эра в развитии акушерства и гинекологии. В советской стране забота о женщине-матери и ее ребенке стала общенародным, государственным делом.

Только в социалистической стране явилась возможность создания стройной системы охраны материнства и детства, базирующейся, как и вся советская медицина, на научных основах марксизма-ленинизма, на принципах диспансеризации населения, широкой профилактики, на достижениях современной науки.

Мы остановимся лишь на главных этапах этой гигантской работы. Достаточно вспомнить, что до Великой Октябрьской социалистической революции дело родовспоможения в России находилось в тяжелейшем состоянии, так как обеспеченность акушерскими койками составляла всего только 2%. В настоящее время, как известно, мы имеем почти стопроцентный охват стационарной помощью всех рожениц как в городе, так и на селе. После Великой Отечественной войны огромная сеть учреждений родовспоможения, количество акушерско-гинекологических коек, сеть консультаций, обслуживающих женщин в городах и в сельских местностях, не только полностью восстановлены, но и превысили довоенный уровень.

Резко снизилась материнская смертность и смертность новорожденных детей.

В Советском Союзе акушерство и гинекология как в научной разработке вопросов, так и в практическом проведении их в жизнь имеют, как и другие отрасли советской медицины, свои характерные особенности.

На первый план выдвигаются вопросы профилактики женских болезней.

Рассматривая болезнь как социальное явление, советская медицина с самого начала свою практическую деятельность осуществляет на основе диспансеризации населения.



Под диспансеризацией нужно понимать такой метод деятельности медико-санитарных учреждений, который заключается в синтезе лечебных и профилактических мероприятий. В этих целях названными учреждениями проводится систематическое наблюдение и изучение условий труда и быта, как причинных факторов заболеваемости, с целью устранения или уменьшения вредных влияний окружающей среды на здоровье населения. В задачи диспансеризации должны включаться мероприятия по обеспечению правильного физического развития и предупреждения заболеваемости и инвалидности путем проведения соответствующих лечебно-профилактических мероприятий и специальной помощи. Все мероприятия до диспансеризации населения проводятся на основе широкого вовлечения самих трудящихся в деятельность лечебно-санитарных учреждений. Выявляя санитарное состояние обслуживаемого коллектива и устанавливая в этиологии заболеваемости социальные и другие факторы внешней среды, учреждения здравоохранения на основе полученных материалов строят систему мероприятий по оздоровлению коллектива и предупреждению заболеваний.

Органическое сочетание лечебных и предупредительных мероприятий стало возможным только в условиях советского государства. Диспансерные методы работы вначале проводились в отдельных звеньях медико-санитарной сети в целях борьбы с социальными болезнями и детской смертностью, но затем постепенно стали применяться и другими лечебными учреждениями. Диспансеризация явилась необходимым этапом развития лечебной помощи; переход на диспансерные методы работы дал возможность сочетать специальную медицинскую помощь, ее высокий технический уровень с целостным и единым обслуживанием больного, взятого в конкретных условиях труда и быта.

Диспансеризация, имеющая своей целью предупреждение и раннее выявление болезней, способствует быстрому восстановлению трудоспособности населения и тем самым имеет огромное значение для народного хозяйства в смысле сохранения трудовых ресурсов. Основными условиями для успешного осуществления диспансеризации являются: 1) доступность квалифицированной и специализированной лечебной помощи для населения; 2) наличие единого плана работы всей медико-санитарной организации; 3) знакомство медицинского персонала с условиями жизни и производства широких трудящихся масс в целях установления влияния внешней среды на заболеваемость; 4) проведение широких профилактических мероприятий по оздоровлению окружающей среды (условий труда, жилищных условий, питания и т. п.) на основе ознакомления с состоянием здоровья трудящихся, взятых на диспансерное обслуживание; 5) привлечение к активному участию трудящихся путем вовлечения в работу по диспансеризации профсоюзных организаций, органов страхования, органов охраны труда и др. Диспансерное обслуживание может проводиться в различных формах как



в отношении отдельных заболеваний — туберкулез, венерические болезни, профессиональные заболевания и т. п., так и в отношении отдельных групп населения — дошкольного и школьного возраста, рабочих-подростков, беременных женщин и др.

В целях более полного осуществления диспансеризации населения у нас проведено районирование медицинской помощи, которая объединяется вокруг районного лечебно-профилактического учреждения (лечебно-профилактическое объединение). Упомянутый районный центр объединяет лечебно-профилактические и санитарные учреждения соответствующего района и имеет в своем распоряжении соответствующий обследовательский аппарат.

В проведении диспансеризации принимают участие все основные звенья лечебно-профилактической сети: пункты медицинской помощи на предприятиях, амбулатории, поликлиники, больницы, специальные диспансеры и др. Названные учреждения осуществляют диспансеризацию по определенному плану.

Для обслуживания диспансеризируемых организуются специальные вспомогательные учреждения: диетические столовые, ночные и дневные санатории, дома отдыха и т. п.

Из находящихся на диспансерном учете особо выделяются лица, нуждающиеся по состоянию своего здоровья в постоянном наблюдении и в разных видах лечебной и социально-профилактической помощи, например, в направлении на санаторно-курортное лечение, в предоставлении им профилактического отпуска, переводе на более легкую работу и т. д. Систематическое наблюдение за здоровьем диспансеризируемой группы населения осуществляется путем периодических повторных осмотров. Само собой понятно, что диспансерное наблюдение должно сочетаться с повторными обследованиями условий труда и быта диспансеризируемого. В зависимости от мощности лечебно-профилактической сети района диспансеризация осуществляется в больших или меньших масштабах. При этом особое внимание в первую очередь обращается на диспансеризацию рабочих-подростков, рабочих вредных профессий и женщин в период беременности и вскармливания ребенка.

Диспансерное обслуживание сельского населения в связи с еще недостаточной мощностью участковой сети в большинстве районов находится пока в стадии искания организационных форм. Для диспансерного обслуживания выделяются обычно определенные группы населения по различным признакам: 1) возрастному — охват детей различных возрастов; 2) половому — диспансеризация беременных женщин и кормящих матерей; 3) профессиональному — диспансерное наблюдение за лицами, подвергающимися по условиям труда различным заболеваниям, или за лицами наиболее важных по своему значению профессий. При диспансеризации населения сельских районов особенно важно обследование труда и быта населения с целью выявления заболеваний, которое имеет значение для данной местности, для принятия мер к их устранению. Центром для всей работы по диспансеризации населения является врачебный



участок, под руководством которого работают все остальные медико-санитарные учреждения.

Профилактика в акушерстве и гинекологии развивается в различных направлениях.

Обязательная рентгеноскопия грудной клетки всех беременных женщин на предмет выявления туберкулеза, обязательная противотуберкулезная вакцинация новорожденных, выявление и своевременное лечение ранних форм токсикозов беременности, организация кабинетов по борьбе с бесплодием, массовые профилактические осмотры организованных групп женского населения с целью выявления скрыто протекающих гинекологических заболеваний, особенно предраковых заболеваний и ранних форм рака, — все это говорит о широком фронте профилактических мероприятий, неуклонно ведущих к снижению заболеваемости и летальности матерей и новорожденных.

Огромная сеть женских консультаций и венерологических диспансеров успешно ведет борьбу с гонореей путем выявления и лечения начальных форм болезни, путем поголовного обследования всех беременных, которым наряду с реакцией Вассермана производится обязательное цитологическое исследование вагинальных мазков для выявления скрыто протекающей гонореи.

Необходимо также отметить, что целый ряд организационных мероприятий таких, как механизация трудоемких процессов на промышленных предприятиях, специализированная помощь на здравпунктах и устройство на предприятиях комнат личной гигиены, своевременная госпитализация гинекологических больных, учет гинекологической заболеваемости, выявление и радикальное лечение часто болеющих, широкое предоставление санаторно-курортного лечения и т. д. — все это обеспечивает интересы охраны здоровья советской женщины.

Документом исключительной важности является исторический Указ Президиума Верховного Совета СССР от 8 июля 1944 г. об увеличении государственной помощи беременным женщинам, многодетным и одиноким матерям, об усилении охраны материнства и детства, об установлении почетного звания «Мать-героиня» и учреждении ордена «Материнская слава» и медали «Медаль материнства».

В этом документе ярко проявилась великая забота Коммунистической партии и Советского правительства о советской женщине, о ее детях, о благополучии советской семьи. Достаточно указать, что только на одни пособия многодетным и одиноким матерям советское государство расходует ежегодно свыше 3 миллиардов рублей.

Во исполнение этого Указа органы здравоохранения не только успешно провели огромную работу по восстановлению учреждений родовспоможения и детских учреждений в пострадавших от вражеского нашествия районах, но и резко расширили сеть родильных домов, женских консультаций, домов отдыха и санаториев для беременных, детских яслей и других различных учреждений,



обеспечивающих охрану здоровья женщин и детей. В настоящее время проведены в жизнь новые формы и методы работы. Объединение родильных домов и женских консультаций открыло новые пути для осуществления широкой профилактики акушерских и гинекологических заболеваний, для улучшения качества медицинского обслуживания. Это мероприятие приблизило квалифицированную акушерско-гинекологическую помощь к населению и обеспечило систематическое повышение квалификации медицинских кадров.

### Вопросы деонтологии

Приступая к изложению вопросов диагностики, лечения и ухода за гинекологическими больными, мы считаем необходимым хотя бы кратко остановиться на вопросах *деонтологии*. Термин «деонтология» происходит от греческого слова «деон», означающего «должное».

Таким образом, деонтология означает при переводе на русский язык учение о должном.

Н. Н. Петров, написавший книгу, посвященную вопросам хирургической деонтологии, следующим образом определяет задачи медицинской деонтологии: «Мы имеем в виду принципы организации врачебной работы в больнице и клиниках, где она производится коллективами врачей и их помощников, принципы учета врачами психики своих больных, вопросы права врачей на лечебные и диагностические эксперименты, вопросы сознания врачами их человеческого и врачебного долга перед больными,веряющими им свою жизнь, а тем самым и благосостояние своей семьи». В задачу медицинской деонтологии входит также организация здоровых товарищеских отношений между медицинскими работниками «от мала до велика» любого медицинского учреждения.

Работа, хорошо продуманная в организационном отношении, слаженная на основе правильного понимания всем персоналом своих обязанностей и взаимоотношений между собой, является залогом успеха в лечении больных. Не меньшее значение имеет постоянный учет состояния психики больных для исхода лечения и охрана этой психики, предупреждение какой-либо ее травмы.

Никогда не следует забывать, что психика больных легко может быть травмирована неудачно сказанным словом. А больной человек особенно настороженно прислушивается к словам, исходящим из уст медицинского персонала. Услышанное больным неосторожно брошенное медицинским персоналом слово, иногда даже не касающееся непосредственно его болезни, может породить тяжелые последствия, надолго затягивающие выздоровление больного.

Поэтому в присутствии больного не следует разбирать его заболевания, говорить о поставленном диагнозе, о том со-



стоянии, в котором больной находится (ухудшение, невозможность оперативного вмешательства, радикального излечения и т. п.).

Нужно всегда помнить, как пишет Н. Н. Петров, что «больной — это всегда человеческая личность со всеми сложными переживаниями».

Медицинский персонал всегда должен помнить о необходимости охраны психики больного, независимо от того, где он работает, будет ли то поликлиника, палата стационара, перевязочная или операционная.

Нельзя больному в поликлинике сообщать такой диагноз, как «рак», рассказывать больному о том, что операцию уже сделать невозможно ввиду запущенности болезни, нельзя на руки больному выдавать письменные справки с обозначением точного диагноза. Такое поведение по отношению к больному является безусловно неправильным. Никогда не нужно отнимать у больного надежды на благоприятный исход. Нельзя говорить больному, что у него рак, а следует заменить этот термин другим, не устрашающим больного, например «опухоль» или «язва». Тем более не следует сообщать правильного диагноза больному, находящемуся в неизлечимой стадии болезни, наоборот, нужно вселить в него уверенность, что лечить данное заболевание можно, хотя потребуются для этого длительное время. Справку с правильным диагнозом, если таковая потребуется, нужно пересылать заинтересованным учреждениям по почте или через родственников или во всяком случае выдавать на руки больному только в запечатанном конверте.

Психика больных может быть травмирована и в стационарах больниц и клиник, особенно при обходах со студентами, которым сообщаются диагнозы осматриваемых больных, в результате чего у больных возникают тяжелые переживания. Здесь также не следует произносить такие диагнозы, как «рак», «саркома», «метастаз», или говорить, что операция невозможна. Если даже это действительно так, то при больном нужно сказать, что ему операция не показана.

Нужно бороться с излишней «разговорчивостью» персонала в палатах с больными. Нужно указывать персоналу, не отдающему себе отчета в значении ненужных разговоров с больными, что нельзя рассказывать больным о том, что больной «чуть не остался на операционном столе ввиду сильного кровотечения», «как измучились врачи и операционные сестры при операции, которая длилась больше трех часов» и т. п.

Необходимо на подобных примерах учить персонал, показывая, как не следует вести себя в разговоре с больными.

В разговорах с больными нужно стараться вселять уверенность в благоприятном исходе лечения и не давать повода к угнетающим психическим переживаниям даже в том случае, если болезнь является неизлечимой.



Большое значение в смысле избегания психической травмы имеет устранение физической боли при производстве тех или иных манипуляций в перевязочных и операционных, однако к этому вопросу мы вернемся при изложении методов ухода за больными.

Наше изложение деонтологических правил не претендует на полноту. Остановившись кратко на этих вопросах, мы этим только еще раз хотели подчеркнуть, что, разговаривая с больным, ухаживая за больным, производя те или иные процедуры больному, нужно всегда помнить о деонтологическом подходе и знать, что забвение правил деонтологии приносит несомненный вред больным.

---

Пр  
велик  
И.  
анамн  
никог  
орган  
средо  
Ос  
цинск  
учени  
итоги  
учени  
разл  
из у  
И  
ной  
рий  
О  
прил  
И  
учета  
чески  
всей  
забо  
И  
прич  
в ор  
вним  
Во-п  
нее, а  
ствия



## Глава первая

# МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

### Анамнез

При диагностике каждого заболевания роль анамнеза особенно велика.

И. П. Павлов придавал особенное значение детально собранному анамнезу. И действительно, представление о патогенезе болезни никогда не будет полным и достаточным без учета целостности организма человека и его постоянных связей с окружающей средой.

Объединенная сессия Академии наук СССР и Академии медицинских наук СССР, посвященная проблемам физиологического учения академика И. П. Павлова, состоявшаяся в 1950 г., подвела итоги развития учения И. П. Павлова, вскрыла ошибки некоторых ученых в этой области и наметила пути дальнейшего развития различных отраслей медицинской и биологической науки, исходя из учения И. П. Павлова.

Как известно, И. П. Павлов разработал учение о высшей нервной деятельности и показал ведущую роль коры больших полушарий головного мозга в жизнедеятельности организма.

Очень важно обращать внимание на вопросы непосредственного приложения павловских идей в лечебной медицине.

И. П. Павлов неоднократно обращал внимание на необходимость учета всего жизненного процесса для установления физиологических закономерностей. Тем большее значение он придавал учету всей предшествующей жизни больного при выяснении патогенеза заболевания.

И. П. Павлов писал: «...И в самом деле, разве обыкновенно причины болезни не закладываются и не начинают действовать в организме раньше, чем больной делается объектом медицинского внимания. А знание причин, конечно, — существенное дело медицины. Во-первых, только зная причину, можно метко устремиться против нее, а во-вторых, и это еще важнее, можно не допустить ее до действия, до вторжения в организм». <sup>1</sup>

<sup>1</sup> И. П. Павлов. Полное собрание трудов, т. II, стр. 358, 1946.



Патологическое состояние (болезнь) И. П. Павлов расценивал следующим образом: «Это — встреча, соприкосновение организма с каким-нибудь чрезвычайным условием или, вернее, с необычным размером ежедневных условий. Вы подвергаетесь механическому удару, теплу или холоду, атаке со стороны патогенных микроорганизмов и т. д. Естественно начинается и особенно серьезная борьба организма с этими условиями, т. е. ... пускаются в ход оборонительные приборы тела... Дальше борьба кончается или отбитием врага и прекращением работы оборонительных приборов, или победой врага — тогда наступает полom или разрушение той или другой части организма... Если раздражение ограничится одним известным органом, то начинается постепенное возмещение его деятельности, наступает новое уравнивание организма...»<sup>1</sup>

Из этих указаний И. П. Павлова следует, что в каждый данный момент организм реагирует как система, включающая предшествующие воздействия и реакции организма. Вот почему в каждом конкретном случае заболеваний человека надо учитывать как особенности организма заболевшего, так и все специфические особенности его жизни.

А. Г. Иванов-Смоленский, ближайший ученик И. П. Павлова, сообщает, что сам Павлов в своем отношении к больным «ни на одну минуту не забывал, что перед ним находится живой, часто жестоко страдающий человек. Его подход к больным был всегда проникнут необыкновенной мягкостью, чуткостью и теплотой... Он уделял много внимания общественным и семейным условиям жизни больного, особенностям его трудовой деятельности и социальным отношениям, условиям его развития и воспитания, особенностям его прошлого жизненного опыта, перенесенным им соматическим и нервным заболеваниям, пережитым им эмоциональным потрясениям, психическим травмам, конфликтным ситуациям. Одним словом, его живо интересовали те общественные условия и взаимоотношения, в которых происходило формирование высшей нервной деятельности больного».<sup>2</sup>

Приступая к исследованию гинекологической больной, нужно прежде всего уметь собрать анамнез. Это особенно важно потому, что в ряде случаев правильно собранный анамнез сразу выясняет причину возникновения болезни. Например, больная, явившись на прием с жалобами на повышенную температуру, резкие боли внизу живота, гнойные выделения, отмечает одновременно резкую болезненность при исследовании в области придатков, которые при этом определяются увеличенными. При расспросе больная заявляет, что заболевание у нее началось вскоре после того, как она начала половую жизнь; при этом вначале появилась резь при

<sup>1</sup> И. П. Павлов. Полное собрание трудов, т. II, стр. 348, 1946.

<sup>2</sup> А. Г. Иванов-Смоленский. Научная сессия, посвященная проблемам физиологического учения И. П. Павлова. Стенографический отчет, стр. 77, М., 1950.



мочеиспускании, а вскоре — бели. Если собирающий анамнез хорошо осведомлен, насколько ценно при распознавании гонорреи указание больной на резь при мочеиспускании и бели, то, конечно, сразу возникнет подозрение на наличие в данном случае именно гонорреи. Это весьма важно, так как сразу дает правильное направление в отношении дальнейшего обследования больной, назначения режима, предварительной терапии и т. д.

В некоторых случаях анамнез не может быть собран по тем или иным причинам у самой больной (обморок, бессознательное состояние и т. п.); тогда приходится пользоваться расспросом родственников или окружающих больную лиц. При этом также иногда удается получить весьма важные анамнестические сведения. Например, при осмотре больной, находящейся в бессознательном состоянии, определяются едва ощутимый, частый пульс, общая бледность кожных покровов и слизистых оболочек, похолодание конечностей, поверхностное дыхание; на вопросы больная не отвечает. Из расспроса родственников выясняется, что больная внезапно почувствовала себя плохо, упала без чувств и с тех пор находится в указанном выше состоянии.

Причин подобного состояния может быть много (острое отравление, кровоизлияние в мозг, глубокий обморок и т. д.). Растерявшиеся родные могут сами и не сообщить ряда важных анамнестических данных, которые дали бы возможность навести на мысль об истинной причине заболевания; следует тогда подробно расспросить их о больной.

На некоторые вопросы, возможно, ответы и не будут получены, но даже отдельные указания могут быть достаточны для правильной диагностики заболевания. Например, в данном случае от родственников стало известным, что у больной была задержка менструаций или что она считала себя беременной 2 месяца. Зная симптомы нарушенной внематочной беременности, в данном случае, конечно, прежде всего следует заподозрить именно это заболевание (при дальнейшем наблюдении это подозрение должно быть подтверждено или исключено).

Таких примеров можно было бы привести много, но и двух достаточно для того, чтобы понять исключительно важное значение для диагностики правильно и детально собранного анамнеза.

Но для того, чтобы исчерпывающе собрать анамнез, чтобы ничего не упустить, лучше всего пользоваться определенной схемой, планом собирания анамнеза.

При поступлении больной в стационар в истории болезни отмечают время поступления, номер приемного журнала, фамилия, имя, отчество, место рождения, национальность, возраст, профессия и род занятий. Затем прежде всего следует выяснить жалобы больной, которые ее заставили искать медицинскую помощь. Это необходимо сделать для своевременного инструктажа медицинского персонала о дальнейшем уходе за больной. Так, не раз приходилось наблюдать, как больная, страдая от сильных болей, все же терпеливо



ждет, пока собирающий анамнез исчерпает все свои вопросы. Иногда она даже не сообщает сразу о том, что у нее обильное кровотечение. Может быть, и нельзя будет сразу приступить к выполнению тех или иных мероприятий для устранения патологических симптомов, но во всяком случае своевременное выяснение жалоб больной создает возможность придать больной соответствующее спокойное положение и уже потом расспрашивать ее дальше.

После выяснения основных жалоб больной в дальнейшем анамнез собирается в следующем порядке. Сначала спрашивают о возрасте больной, выясняют условия труда и быта, после этого переходят к опросу больной в смысле более детального выяснения ее жалоб по мере развития болезни, а затем приступают к детальному собиранию других анамнестических сведений.

Ниже остановимся подробнее на каждом из перечисленных выше вопросов анамнеза, чтобы уяснить себе их значение для распознавания заболевания, а также научиться тому, в какой плоскости эти вопросы должны быть поставлены.

### Возраст больной

В диагностике гинекологических заболеваний возраст имеет очень большое значение. Половой аппарат у женщин различного возраста функционирует различно, и то, что для женщин одного возраста является совершенно нормальным, у женщин другого возраста является симптомом, указывающим иногда на серьезное заболевание. Кроме того, целый ряд гинекологических заболеваний встречается реже в молодом возрасте и чаще — в пожилом. Иногда одни и те же заболевания в разных возрастах отличаются своим клиническим течением и требуют различных методов лечения: например, больную в молодом возрасте, страдающую фибромиомой матки, не лечат рентгеновыми лучами ввиду разрушающего действия лучей на фолликулярный аппарат яичника, а в пожилом возрасте, наоборот, этот вид терапии более рационален, чем оперативный.

### Влияние условий труда и быта

Физическая работа женщины не может являться сама по себе причиной заболевания, и только неблагоприятные условия труда и отсутствие должных профилактических мероприятий, как это имеет место, например, в капиталистических государствах, могут играть значительную роль в возникновении гинекологических заболеваний.

У женщин, занятых физическим трудом, легче могут развиваться такие заболевания, как, например, опущение стенок влагалища и матки, но только в том случае, если к тому имеются и другие предпосылки, как-то: неподготовленность к физическому труду, наличие последствий травматических повреждений тазового дна во время родов.



При разработке профилактических мероприятий принимается во внимание продолжительность работы, ее интенсивность,образие, вынужденное положение, например длительное сидячее положение, работа, связанная с продолжительным стоянием. При отсутствии соответствующих профилактических мероприятий упомянутые факты могут, например, вести к застойным явлениям в тазу и неблагоприятно отражаться на состоянии тазовых органов.

Необходимо отметить, что на наших фабриках и заводах, особенно там, где преобладает женский труд, гигиеническим мероприятиям отводится особое место.

Не говоря уже о прогрессирующем улучшении общегигиенических условий в цехах, необходимо указать, что органами здравоохранения совместно с администрацией предприятий ведется большая работа по устранению профессиональных вредностей, по расширению специализированной медицинской помощи на предприятиях, по механизации трудоемких процессов, по устройству на предприятиях специально оборудованных для женщин комнат личной гигиены.

Несоблюдение в быту правил общественной и личной гигиены, например употребление общих предметов ухода за чистотой тела, может привести к возникновению целого ряда заболеваний, особенно воспалительного характера.

Выяснение этих условий важно как для выявления источника заболевания, так и для назначения соответствующего режима при лечении.

При опросе больной следует узнать о болезнях, которыми страдают близкие родственники больной.

В частности, необходимо выяснить вопрос о заболеваниях в семье такими болезнями, как туберкулез и сифилис, чтобы исключить возможность заражения при совместном проживании родственников.

### Жалобы больной

Приступая к опросу больной о ее жалобах, необходимо всегда помнить, что начало заболевания может быть обусловлено функциональным нарушением высших отделов центральной нервной системы.

Классические эксперименты М. К. Петровой, ближайшей сотрудницы И. П. Павлова, убедительно доказывают, что в развитии соматических заболеваний состояние нервной системы, высших отделов ее, играет очень важную роль. М. К. Петрова наблюдала при экспериментально вызванных неврозах у собак развитие хронических язвенных процессов на коже, экзем, заболевания желудочно-кишечного тракта, заболевания суставов. При восстановлении нормального состояния центральной нервной системы эти заболевания исчезали. Ею же было в эксперименте показано, что при невротических состояниях у собак чаще развиваются и злокачественные



опухоли. Упомянутые наблюдения М. К. Петровой были подтверждены в многочисленных экспериментах ряда лабораторий.

Таким образом, выдвинутое школой И. П. Павлова положение о роли нарушений деятельности больших полушарий головного мозга в патогенезе соматических заболеваний в настоящее время является общепризнанным. Едва ли нужно теперь доказывать, что в организме человека нет ни одного органа, деятельность которого, как и всего организма в целом, не была бы тесно связана с корой головного мозга, не регулировалась и не контролировалась бы корой как при нормальном, физиологическом состоянии организма, так и при различных патологических процессах.

И. П. Павлов писал следующее: «По моему мнению, весь организм со всеми его составными частями может давать себя знать большим полушариям».<sup>1</sup>

Поэтому, собирая анамнез, необходимо детально выяснить, когда и как началось данное заболевание, не может ли больная связать возникновение своего заболевания с какими-либо моментами своей жизни (в частности, с тяжелыми переживаниями, психическими травмами), с какими-либо перенесенными ранее заболеваниями. Затем приступают к выяснению тех симптомов, которыми сопровождается настоящее заболевание. Здесь также важно выяснить состояние нервной системы больной (раздражительность, сонливость или, наоборот, бессонница и т. п.), а также отношение больной к своей болезни (угнетение, подавленное настроение, страх перед предстоящей операцией и т. п.).

Далее необходимо выяснить, имеются ли у больной болевые ощущения (характер их, локализация), выделения из половых органов, симптомы общего характера, как то: головокружение, ознобы, повышение температуры и т. п.

Необходимо также справиться, нет ли каких-нибудь сопутствующих заболеваний и, в частности, нет ли жалоб на расстройства со стороны соседних органов (мочевом пузыря и прямой кишки), что также может иметь большое диагностическое значение.

**Боли.** Жалобы на боли почти всегда стоят на первом месте, так как обычно это — основная причина, заставляющая больных обращаться за медицинской помощью.

Локализация болей бывает различна. При воспалительных процессах в матке и мочевом пузыре боли обычно локализуются в нижней части живота по средней линии, при заболевании придатков матки — в боковых отделах нижней части живота, при ретрофлексии матки, воспалительных процессах задних отделов параметрия, периметрите — в крестце и пояснице. Однако при заболеваниях тазовых органов боли могут иррадиировать в верхние отделы живота, в спину, грудь, бедра — это так называемые отраженные боли. По своему характеру боли бывают схваткооб-

<sup>1</sup> И. П. Павлов. Полное собрание трудов, т. III, стр. 430, 1949.



разные (или спазматические), ноющие, колющие, режущие, стреляющие и грызущие.

Схваткообразные боли обусловлены обычно сокращениями гладкой мускулатуры тазовых органов и органов брюшной полости. Так, например, они наблюдаются при сокращениях матки в результате раздражения задерживающимися там остатками плодного яйца, сгустками крови, подслизистыми фиброматозными узлами, при сокращении мышечной стенки трубы при внематочной беременности, протекающей по типу трубного выкидыша. Спазматические боли могут наблюдаться также при заболеваниях мочевого пузыря, мочеоточника (камни) и кишечника.

Ноющие боли бывают при неправильном положении матки, при смещениях тазовых органов, при застойной гиперемии органов малого таза (особенно при гиперемии венозных сплетений яичника), при хронических воспалительных процессах в придатках и в клетчатке таза, при доброкачественных опухолях, сдавливающих нервные стволы или их окончания.

Колющие и режущие боли наблюдаются при раздражении брюшины воспалительным выпотом или излившейся в брюшную полость кровью при внематочной беременности. В последнем случае нередко боли отдают в ключицу и в лопатку (стреляющие боли).

Грызущие боли, обычно весьма сильные и продолжительные, характерны для запущенных форм рака тазовых органов.

Интенсивность болей обычно связана с интенсивностью воспалительного процесса; они принимают характер острых, нестерпимых болей при острых воспалительных процессах, особенно при вовлечении в процесс брюшины. По мере затихания воспалительного процесса боли также уменьшаются.

**Бели.** При заболеваниях женских половых органов больные часто жалуются на выделения из влагалища, на так называемые бели (fluor). Выделения эти могут быть слизистыми, серозно-слизистыми, слизисто-гнойными и гнойными. Во влагалище здоровой женщины имеется обычно небольшое количество выделений белого или слегка желтоватого цвета. Они состоят из отторгшихся клеток влагалищного эпителия, небольшого количества лейкоцитов, бактерий; жидкая часть влагалищного содержимого образуется за счет транссудации из сосудов подэпителиального слоя влагалищных стенок. Кроме того, к ним примешивается небольшое количество слизи из желез шейки матки, особенно перед менструацией. При нормальных состояниях половых органов женщина обычно этих выделений не замечает, и только при патологических состояниях появляется чрезмерная секреция слизистых оболочек в виде выделений.

Являясь обычно результатом заболевания половых органов, они служат одним из признаков, облегчающих постановку диагноза. Так, например, при воспалительных заболеваниях слизистой оболочки цервикального канала бели принимают характер густой, тягучей, мутной слизи; если же источником их является тело



матки, то бели имеют вид водянистых выделений. При воспалительных процессах в том или ином отделе половых органов, сопровождающихся обильным воспалительным выпотом, состоящим из кровяной сыворотки с примесью форменных элементов (гнойных телец), бели принимают гнойный характер, отличаясь желто-зеленым цветом.

Повышенное количество выделений может быть результатом застойных явлений в тазе при неправильных положениях матки, при расстройствах кровообращения, обусловленных заболеваниями сердца, при хронических запорах. Нормально протекающая беременность нередко сопровождается обильными выделениями, имеющими вид сметаны вследствие примеси большого количества слущенного поверхностного эпителия.

Инфантилизм, нервные заболевания также могут быть причиной белей. Кроме воспалительных заболеваний, бели являются постоянным спутником новообразований, особенно злокачественных. Важно знать, что бели являются нередко единственным симптомом этих серьезных заболеваний. При раке матки бели часто бывают с примесью крови; по мере развития опухоли, при ее распаде и образовании некрозов бели становятся зловонными, что обусловливается присоединяющейся инфекцией; часто в таких случаях выделения имеют вид мясных помоев.

*Функция мочевых органов.* Половые органы женщины анатомически тесно связаны с мочевым пузырем и мочеиспускательным каналом; естественно, что гинекологические больные нередко испытывают различные расстройства мочеиспускания: частые позывы, недержание или, наоборот, задержку мочи, наконец, боли в начале или в конце мочеиспускания.

Частые позывы на мочеиспускание наблюдаются при опущении передней стенки влагалища, в котором обыкновенно принимает участие и стенка мочевого пузыря; далее при раздражении пузыря неправильно расположенной маткой, когда смещенный орган давит на стенку пузыря; такие же явления дают опухоли яичников и матки, воспалительное состояние уретры и мочевого пузыря.

Недержание мочи обыкновенно наблюдается при мочеполовых свищах, главным образом при пузырно-влагалищных. В некоторых случаях больные теряют мочу через влагалище непроизвольно, но в то же время и самостоятельно опорожняют пузырь, что обычно указывает на существование свища одного из мочеточников.

Задержка мочи наблюдается при полном выпадении влагалища, причем некоторые больные могут опорожнить мочевой пузырь только после того, как вправят выпавшее влагалище. Высшей степени задержка мочеиспускания достигает при ущемлении перегнутой кзади матки при наличии в ее стенках миоматозных узлов и других опухолей половых органов, находящихся в малом тазе.

Так как гинекологические заболевания нередко распространяются с половых частей на мочевой пузырь, они вызывают различные расстройства мочеиспускания. Так, при тазовом перито-



ните воспалительный процесс с брюшины, покрывающей матку и придатки, может перейти на брюшину мочевого пузыря, вызывая боль как при его наполнении, так и особенно при опорожнении. Злокачественные новообразования женских половых органов, вовлекая в процесс мочевой пузырь, также вызывают расстройство его функции. При воспалительных заболеваниях могут одновременно поражаться как половые органы, так и мочевой аппарат. Так, при заражении женщины гонореей инфицируются одновременно и влагалище и уретра — появляются жжение и резь в начале мочеиспускания (явления уретрита). Появление указанных симптомов вскоре после начала половой жизни часто указывает на наличие гонореи. В то же время, однако, нужно иметь в виду, что женщины, недавно начавшие половую жизнь, иногда жалуются на жжение и резь при мочеиспускании и без наличия уретрита. Объясняется это тем, что первое половое сношение сопровождается разрывами девственной плевы, которые заживают не сразу; при окончании мочеиспускания капли мочи попадают на гранулирующие поверхности разрывов и вызывают жжение и боль.

*Функция кишечника.* В ряде случаев гинекологические больные жалуются на расстройство дефекации, чаще всего на запоры. Причины возникновения запоров разнообразны. Нередко больные задерживают стул, например, при воспалительных процессах органов малого таза, когда дефекация обостряет боли. Иногда запоры появляются в результате атонии кишечника, обусловленной длительным пребыванием в постели при воспалительных заболеваниях органов малого таза. Значительно реже запоры обусловлены механическими причинами, например наличием крупных опухолей в малом тазе, обширными инфильтратами в клетчатке.

При скоплении большого воспалительного выпота в дугласовом пространстве больные жалуются на частые и болезненные тенезмы в прямой кишке. При осумкованных гнойниках в дугласовом пространстве, имеющих тенденцию вскрыться в прямую кишку, слизистая оболочка последней реагирует на это раздражение обильным выделением слизи, что больными трактуется нередко как «понос». Тяжелые септические процессы и перитониты нередко сопровождаются изнуряющими поносами.

Выяснив жалобы больной, приступают к собиранию других анамнестических сведений в том последовательном порядке, который был указан выше.

### Детство

Собирая сведения о детском возрасте, необходимо выяснить, в каких условиях протекало детство, какие заболевания перенесла больная, обратить особое внимание на инфекции (дифтерия, скарлатина, тифы), которые, как мы увидим ниже, могут иногда оставлять глубокие следы и нарушать развитие и функцию половых органов.



*Наступление половой зрелости и характер менструаций.* В северных широтах менструация начинается у девушек 14—16 лет и заканчивается обычно в возрасте 43—48 лет. Женщины юга начинают менструировать раньше. Появляясь обычно через правильные промежутки в 28 дней (колебания в пределах от 21 до 31 дня нужно рассматривать как норму), менструация продолжается 3—5 дней. Кровянистые выделения, незначительные вначале, обычно усиливаются на второй и третий день, а затем снова уменьшаются, сходя на нет. Менструальная кровь имеет темный цвет и не свертывается (вследствие примеси секрета маточных желез), в отличие от крови, которая выделяется из половых частей при всяком патологическом кровотечении.

Менструация в норме не должна сопровождаться болезненными ощущениями, хотя некоторые женщины отмечают во время месячных ряд расстройств: недомогание, усталость, чувство тяжести внизу живота, мигрени, появление сыпей и пр. Необходимо еще отметить, что: 1) тип месячных может установиться не сразу, т. е. после первой пришедшей менструации может быть более или менее длительный перерыв (до нескольких месяцев), и 2) характер месячных в продолжение жизни может изменяться, как это наблюдается, например, после начала половой жизни, после родов.

При выяснении менструальной функции у женщины необходимо получить ответы на следующие вопросы: 1) с какого возраста начались менструации и когда установился их обычный тип; 2) через какие сроки приходит менструация и сколько дней длится; 3) как велико количество теряемой крови (малое, среднее, обильное); 4) отмечают ли сгустки крови и когда они появились; 5) сопровождается ли менструация болями, и если да, то когда: до начала менструации, во время или после, и какой характер носят боли (ноющие, схваткообразные или тупые); 6) когда началась последняя менструация и когда кончилась.

При собирании анамнеза выясняется иногда, что менструациям предшествует или сопутствует повышение температуры тела. Подобные «лихорадочные» месячные наблюдаются у женщин, у которых в мочеполовой сфере — в трубах, яичнике, в тазовой брюшине или тазовой клетчатке — существуют незатихшие воспалительные процессы. В заключение необходимо выяснить, не бывает ли кровотечений из различных участков слизистых оболочек других органов, кроме матки, чаще всего из носа, — так называемые *викарные месячные*, появляющиеся при отсутствии у женщин нормальных месячных; впрочем, иногда они наблюдаются и при наличии последних.

### Половая жизнь

Ознакомившись с менструальной функцией женщины, переходят к собиранию анамнестических данных относительно половой жизни больной, осведомляясь, жила ли она половой жизнью, и если жила, то с каких лет, регулярно или с перерывами; носили



ли половые сношения нормальный характер или представляли отклонение. Данные, получаемые относительно половой жизни, имеют очень большую практическую важность и для диагностики, и для рациональной профилактики и терапии женских болезней. Воспалительные процессы половой сферы возникают чаще у женщин, живущих половой жизнью. Чрезвычайно важно выяснить, не сопровождается ли половое сношение кровянистыми выделениями, что может явиться результатом наличия эрозий на шейке матки и — что особенно важно помнить — может быть иногда единственным симптомом рака шейки матки.

Болезненное половое сношение в некоторых случаях может служить указанием на наличие воспалительных явлений в придатках и параметрии, а также на наличие инфантилизма, когда, наряду с другими внутренними половыми органами, бывает недоразвито и влагалище. Невозможность полового акта может явиться результатом вагинизма или спазма мышц *constrictor cunni* и *levator ani*, а также резкого сужения и заращения влагалища или, наконец, полного отсутствия такового.

При собирании анамнеза выявляются иногда нарушения половой гигиены (например, сношения во время месячных), служащие причиной воспалительных заболеваний половых органов женщины. Важно также знать, не отметила ли больная каких-либо болезненных симптомов вскоре после замужества (бели, частое мочеиспускание и рези при нем), так как это часто указывает на заболевание гонореей.

### Беременность и ее исход

Беременность, роды и послеродовой период, протекавшие с различными осложнениями, играют важную роль в происхождении целого ряда гинекологических заболеваний.

Вопросы, относящиеся к этому периоду жизни больной, следующие: сколько было беременностей, когда наступила после начала половой жизни первая беременность, как протекали беременность и роды, где больная рожала (дома, в больнице), были ли оперативные пособия при родах, как протекал послеродовой период. Указание со стороны больной на бесплодие заставляет заподозрить возможность ряда заболеваний (недоразвитие половых органов, врожденные атрезии, неправильное положение матки, перенесенные воспалительные процессы и т. п.). Выясняя причину бесплодия, не следует забывать, что причина его может быть обусловлена состоянием здоровья мужа.

Бесплодие, наступившее после однократных срочных родов, может быть обусловлено заболеванием женщины гонореей, возникшим вскоре после начала половой жизни, когда вслед за этим быстро наступает беременность, а гонорройная инфекция еще не поражает глубокие отделы полового аппарата. Пока полость матки занята плодным яйцом, поступательное движение инфекции



приостанавливается, но после родов для гонококков открывается широкий доступ в полость матки — развивается так называемая восходящая гоноррея.

Необходимо также выяснить, сколько было искусственных выкидышей из общего числа беременностей и сколько самопроизвольных, так как искусственные аборт (особенно криминальные) являются причиной целого ряда гинекологических заболеваний, в то время как причиной самопроизвольных выкидышей могут являться недоразвитие матки, сифилис, воспалительные процессы слизистой оболочки матки, фибромиомы и т. д. При этом надо отметить, что при недоразвитии матки первая беременность обыкновенно прерывается, а повторные доношиваются. При сифилисе чаще характерна такая последовательность прерывания беременности: первая прекращается в течение первых месяцев, вторая — в более поздние сроки, третья кончается преждевременными родами и, наконец, последующие — нормальными родами.

Следует выяснить также, как протекал послеродовой период: не было ли повышения температуры, как долго оно продолжалось, не было ли длительных выделений крови, как скоро родильница после родов встала с постели. Далее следует выяснить, кормила ли больная грудью, как долго, применяла и применяет ли в настоящее время противозачаточные средства и какие. Все эти сведения могут в значительной мере способствовать выяснению этиологии заболевания и наметить пути к постановке диагноза.

### **Предшествующие заболевания**

Необходимо, наконец, выяснить вопрос о предшествующих заболеваниях, как общесоматических, так и гинекологических, с целью установления связи данного заболевания с теми, которые больная перенесла в прошлом. Здесь необходимо подробно ознакомиться как с развитием и течением предшествующих заболеваний, так и с методами их лечения, чтобы можно было судить об эффективности терапии, примененной в том или ином случае. Необходимо одновременно выяснить вопрос о заболеваниях в семье туберкулезом и сифилисом.

Важно также справиться у больной о всех перенесенных ею оперативных вмешательствах.

## **ОБЪЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ**

### **Общее состояние больной**

Закончив собирание анамнестических сведений, приступают к объективному исследованию. Никогда не следует ограничиваться исследованием только заболевших органов (в частности, органов малого таза). Нужно всегда помнить о целостном больном организме, о больной женщине, поэтому из поля зрения обследующего не должны ускользнуть ни общий вид больной, ни выражение ее лица, ни поведение (вынужденное положение, невозможность



некоторых движений и т. п.), ни состояние кожных покровов и подкожно-жировой клетчатки. Состояние нервной и сердечно-сосудистой систем, а также органов дыхания — все это может иметь немаловажное значение для диагностики и терапии гинекологических заболеваний. Однако как бы ни было правильно это требование, отнюдь не следует, что оно должно выполняться так педантично во всех без исключения случаях. Так, например, ни один врач не станет в деталях выяснять состояние всех органов и систем у больной при наличии явлений внутреннего кровотечения на почве нарушенной внематочной беременности, когда дорога буквально каждая минута, чтобы спасти больную от гибели.

Недостаточно ограничиться исследованием лишь органов малого таза, не приняв во внимание резкую бледность кожных покровов и слизистых оболочек (что бывает связано с большими кровопотерями), состояние пульса, дыхания, вялость реакций (коллапс). Совершенно неправильно также ограничиться постановкой диагноза запущенной формы рака матки, не приняв во внимание общего состояния больной (анемия, обусловленная длительными кровотечениями, степень истощения), так как оно иногда определяет возможность лечения этих больных. Было бы преступной небрежностью при подозрении на туберкулез придатков оставить недиагностированным туберкулез легких или желез, а при подозрении на сифилитическое поражение шейки матки не заметить высыпи и лейкодермы на шее и т. д.

#### Обстановка для исследования гинекологических больных

Исследование гинекологической больной, как правило, должно производиться в больничной обстановке, но иногда приходится

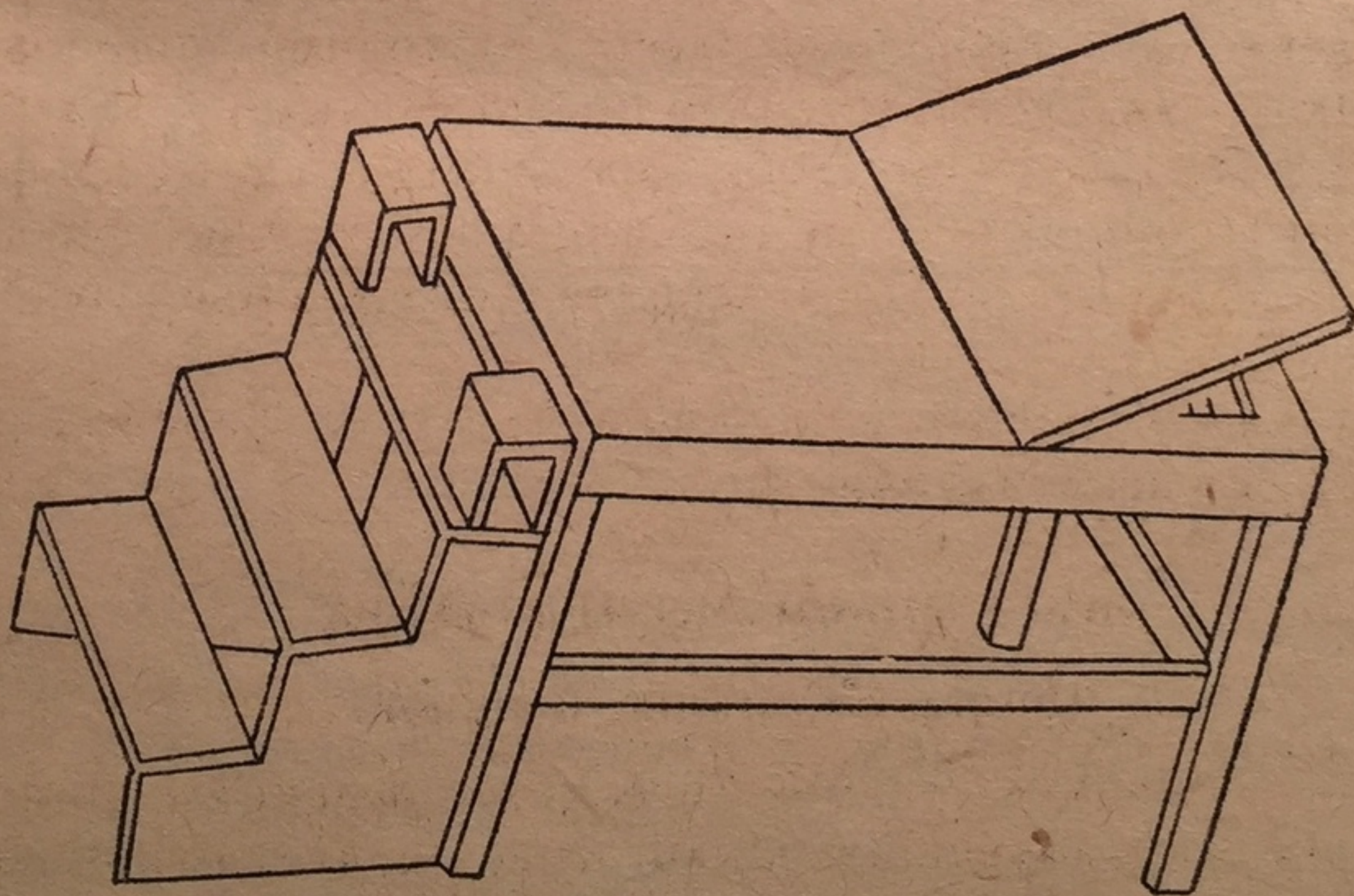


Рис. 1. Деревянный стол для осмотра больных.

исследовать больных на дому в порядке квартирной помощи. Ложом для исследования в таких случаях может служить кровать и в крайнем случае любой крепкий стол.



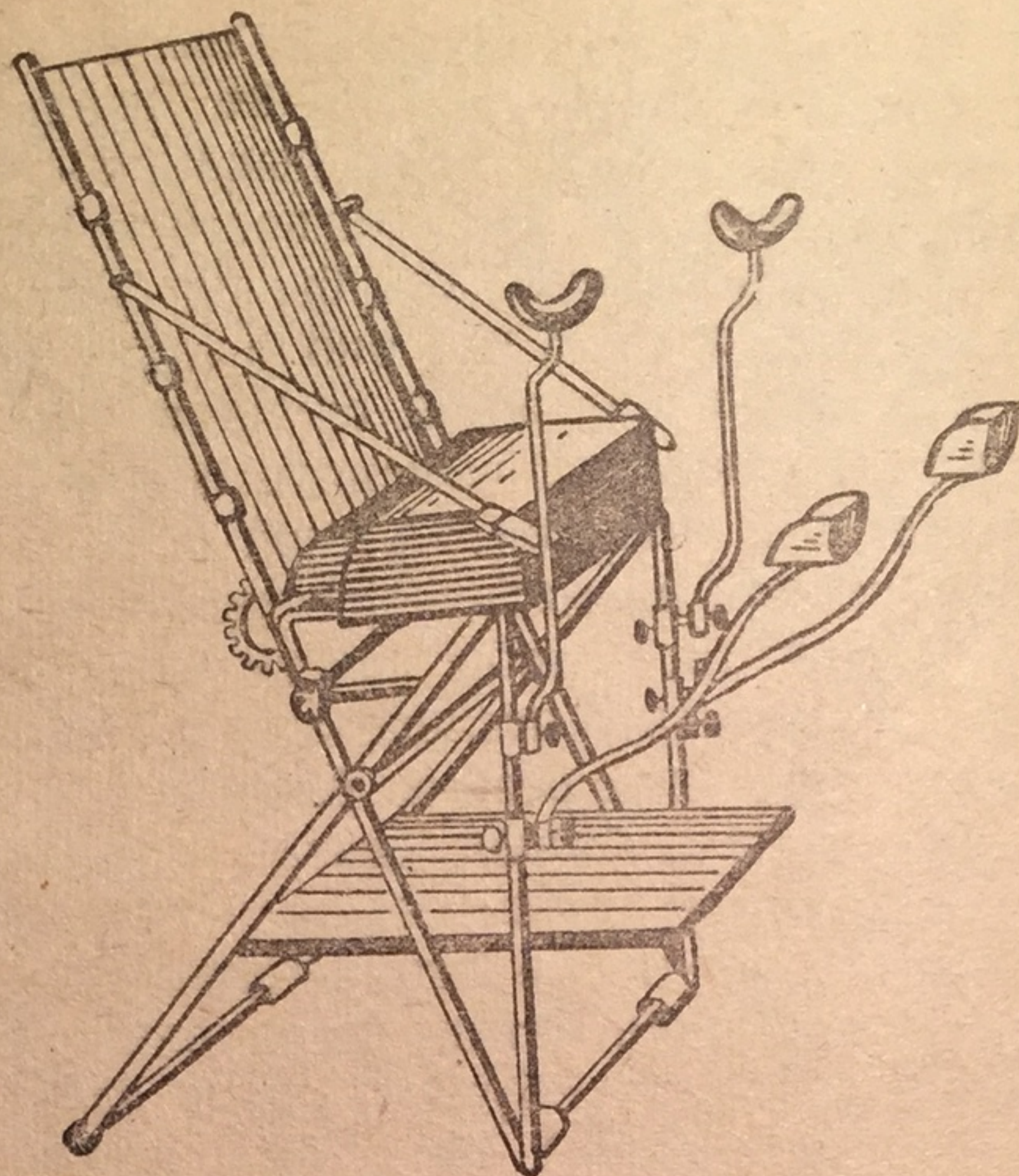


Рис. 2. Кресло для гинекологического исследования.

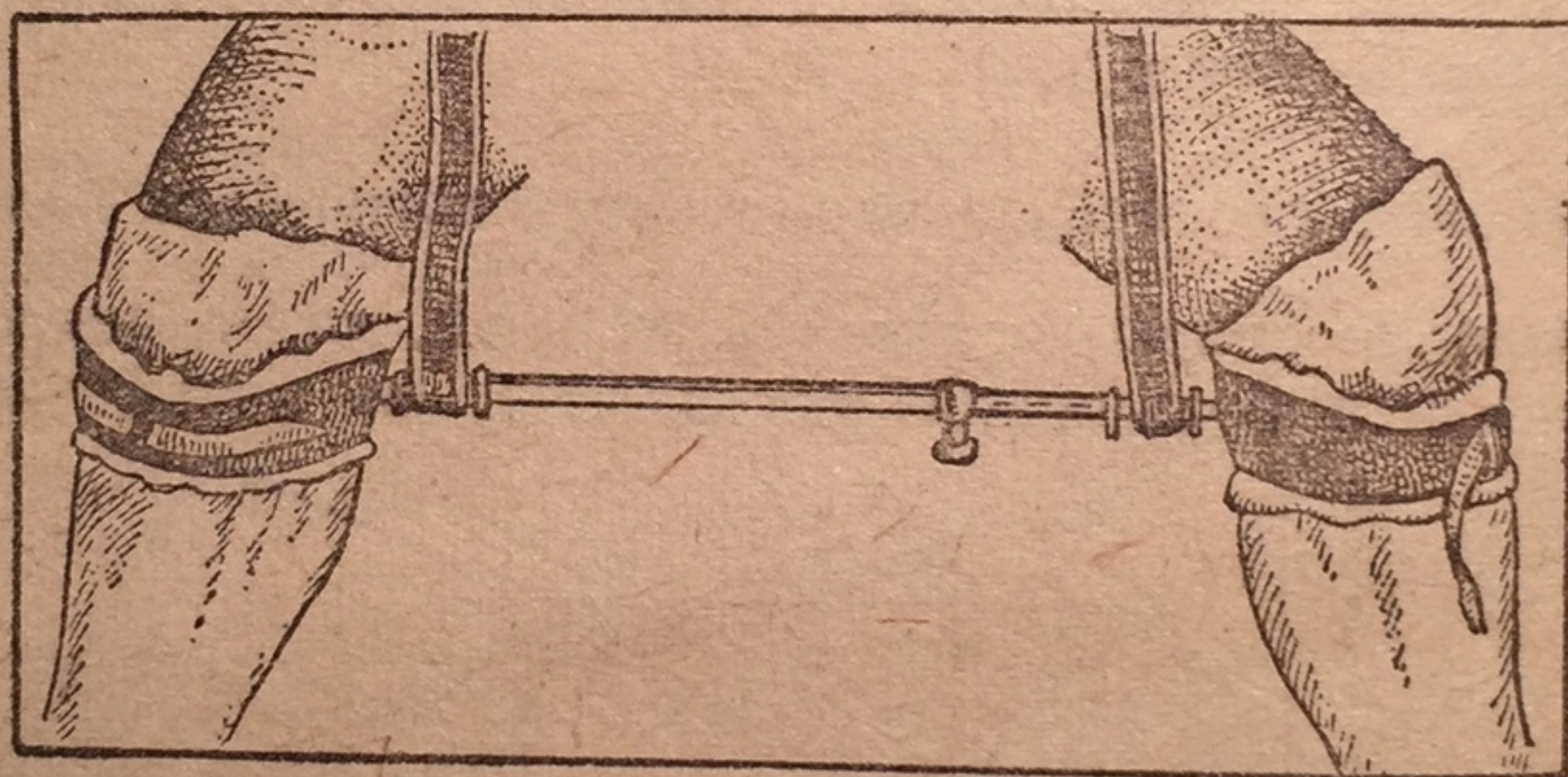


Рис. 3. Ногодержатель Отта.

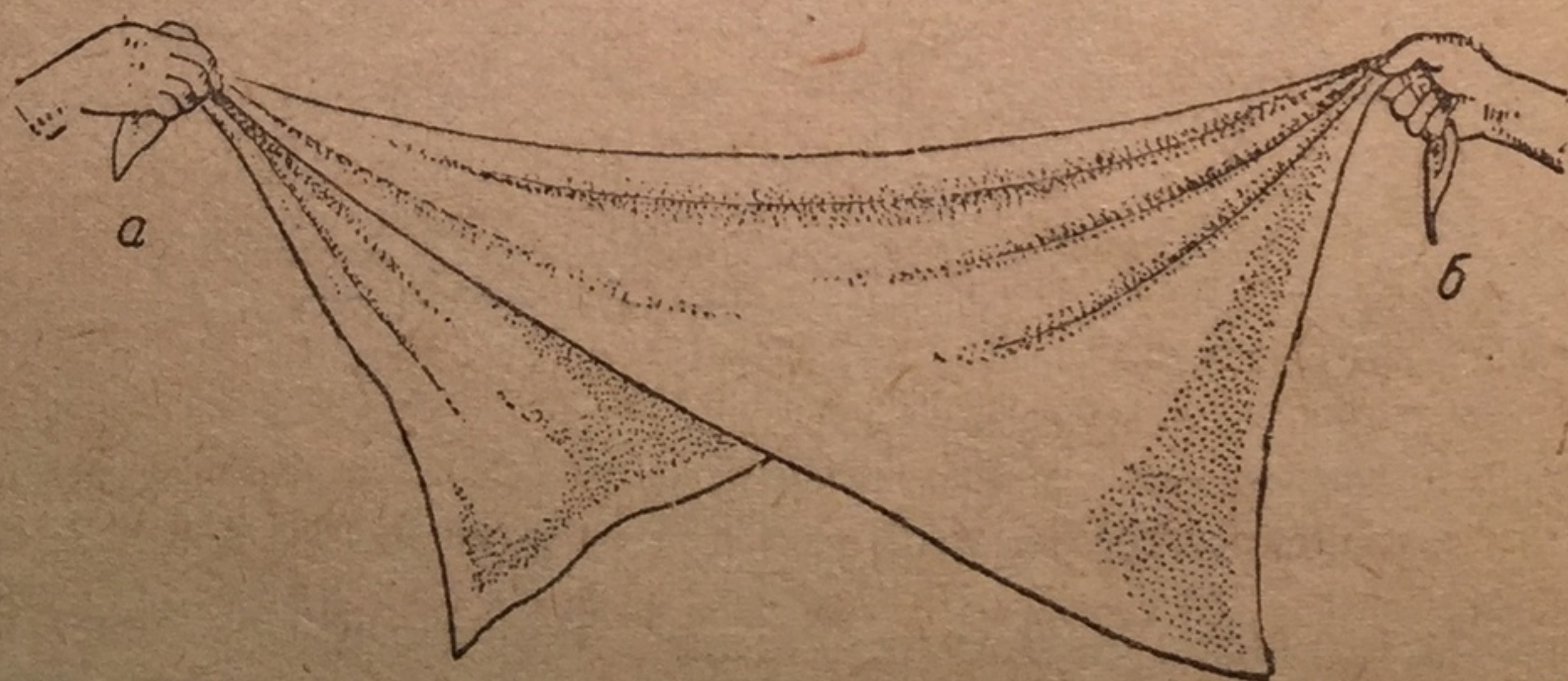


Рис. 4. Изготовление ногодержателя из простыни. Первый момент (складывание простыни).



Деревянным столом несложной конструкции (рис. 1) можно пользоваться для исследования больных в поликлинике и стационаре, причем такой стол может служить также для производства некоторых гинекологических операций, например выскабливания матки, биопсии шейки матки. В больничной обстановке для исследования больных обычно пользуются специальным креслом (рис. 2).

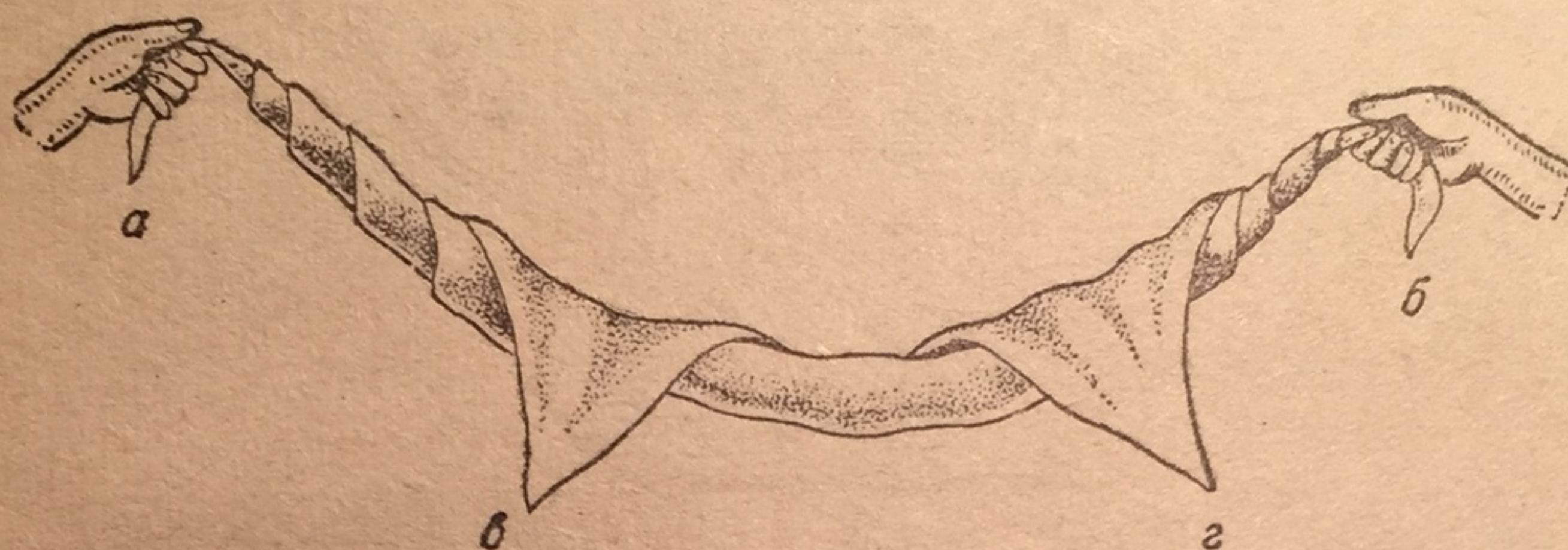


Рис. 5. Изготовление ногодержателя из простыни. Второй момент (завертывание концов).

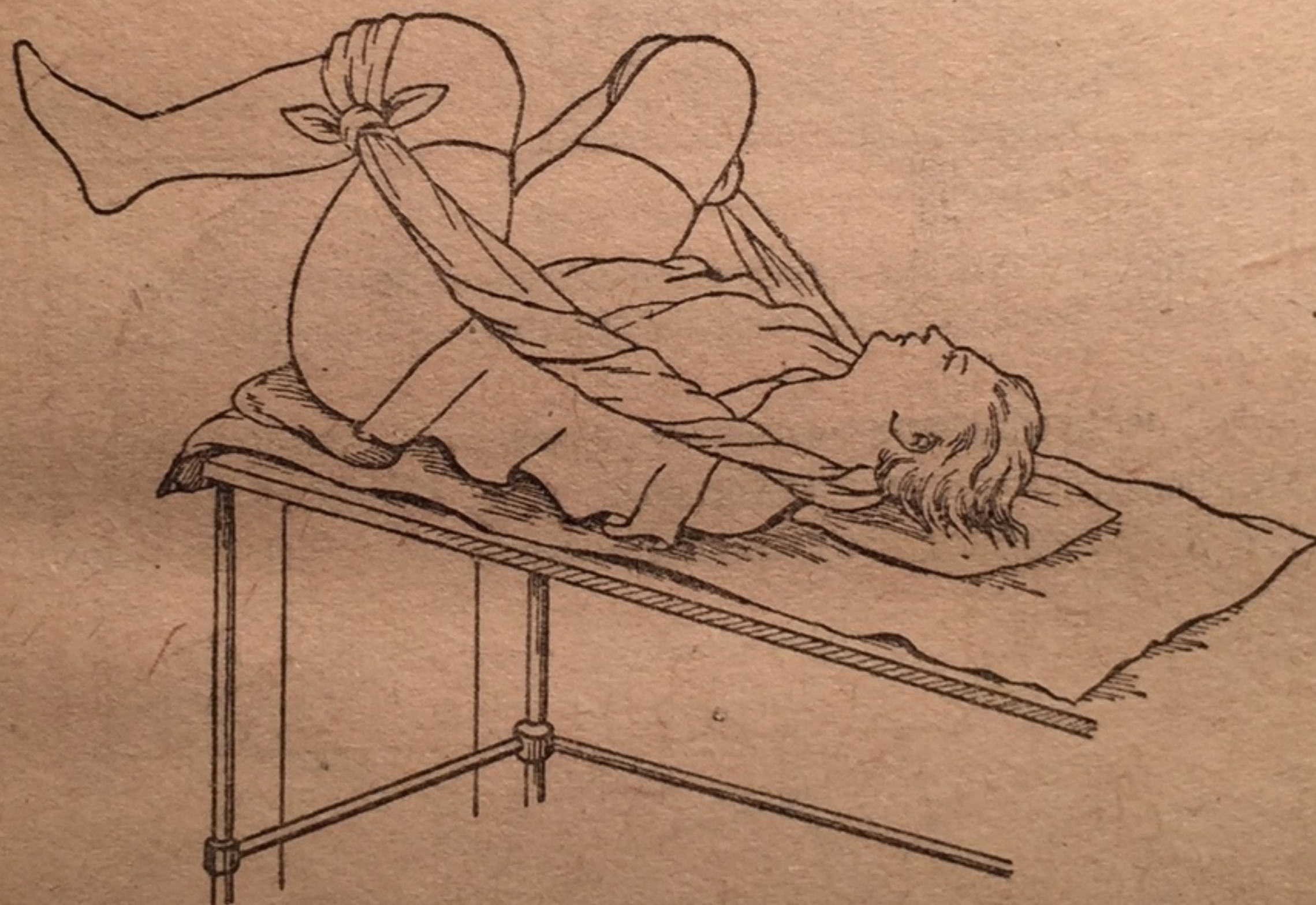


Рис. 6. Ногодержатель из простыни готов.

Если при исследовании больных приходится применять те или иные методы инструментального исследования, то ноги больной необходимо фиксировать согнутыми в коленных и тазобедренных суставах и притянутыми к животу.

Для фиксации ног в указанном положении пользуются специальным ногодержателем (рис. 3), а в случае отсутствия такового необходимо для этой цели пригласить одного или даже двух помощников, особенно если при этом применяется наркоз.

При исследовании на простом столе при отсутствии ногодержателя последний можно сделать из одной простыни: длинная простыня берется двумя



лицами за два противоположных конца *a* и *б* (рис. 4) и закручивается в одну сторону (рис. 5). Толстую середину полученного жгута кладут под шею больной, а два длинных конца *a* и *б* проводят под притянутыми к туловищу коленными суставами по направлению от внутренней стороны к наружной и связывают их с короткими концами *в* и *г* (рис. 6).

### Положение больной

Наиболее удобным для исследования гинекологических больных является горизонтальное положение на спине с приподнятым верхним отделом туловища, согнутыми в коленях и разведенными

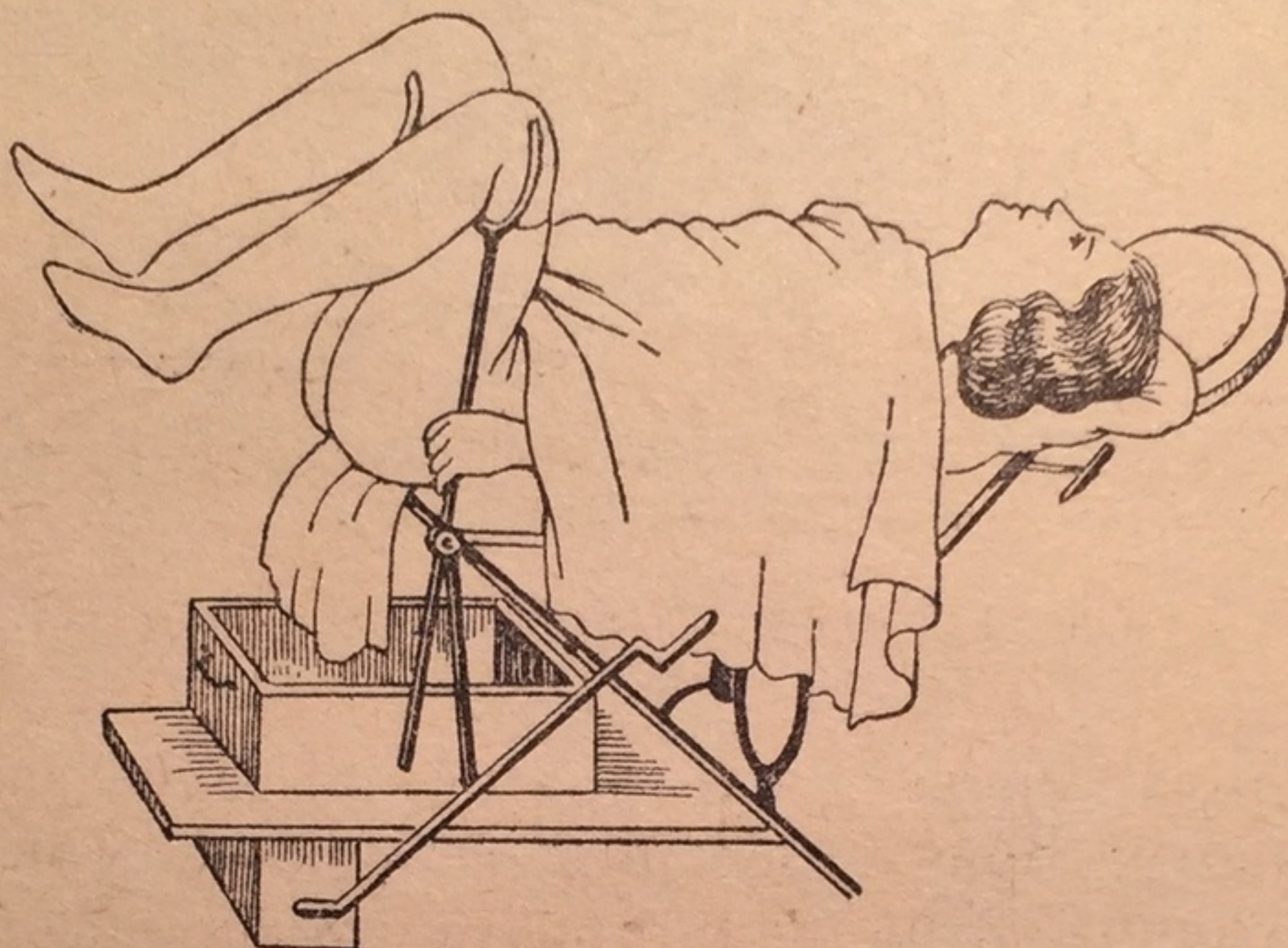


Рис. 7. Спинно-ягодичное положение на кресле для исследования.

ногами — так называемое *спинно-ягодичное положение* (рис. 7); лучше, если нижняя часть туловища, т. е. область таза, также приподнята, что достигается подкладыванием под таз больной жесткой



Рис. 8. Боковое положение (правое).

валикообразной подушки, или же больная кладет под крестец руки, сжатые в кулаки. В таком положении достигаются наименьшая напряженность мускулатуры живота и отхождение кишечных петель из области малого таза в верхний отдел брюшной полости,



что особенно важно для ясности картины, получаемой при исследовании. Во время исследования больная должна свободно дышать, отнюдь не задерживая дыхания, чтобы не напрягать мускулатуры брюшной стенки.

Применяется также *боковое положение* больной (рис. 8). При этом больная лежит на боку так, чтобы ягодицы приходились на

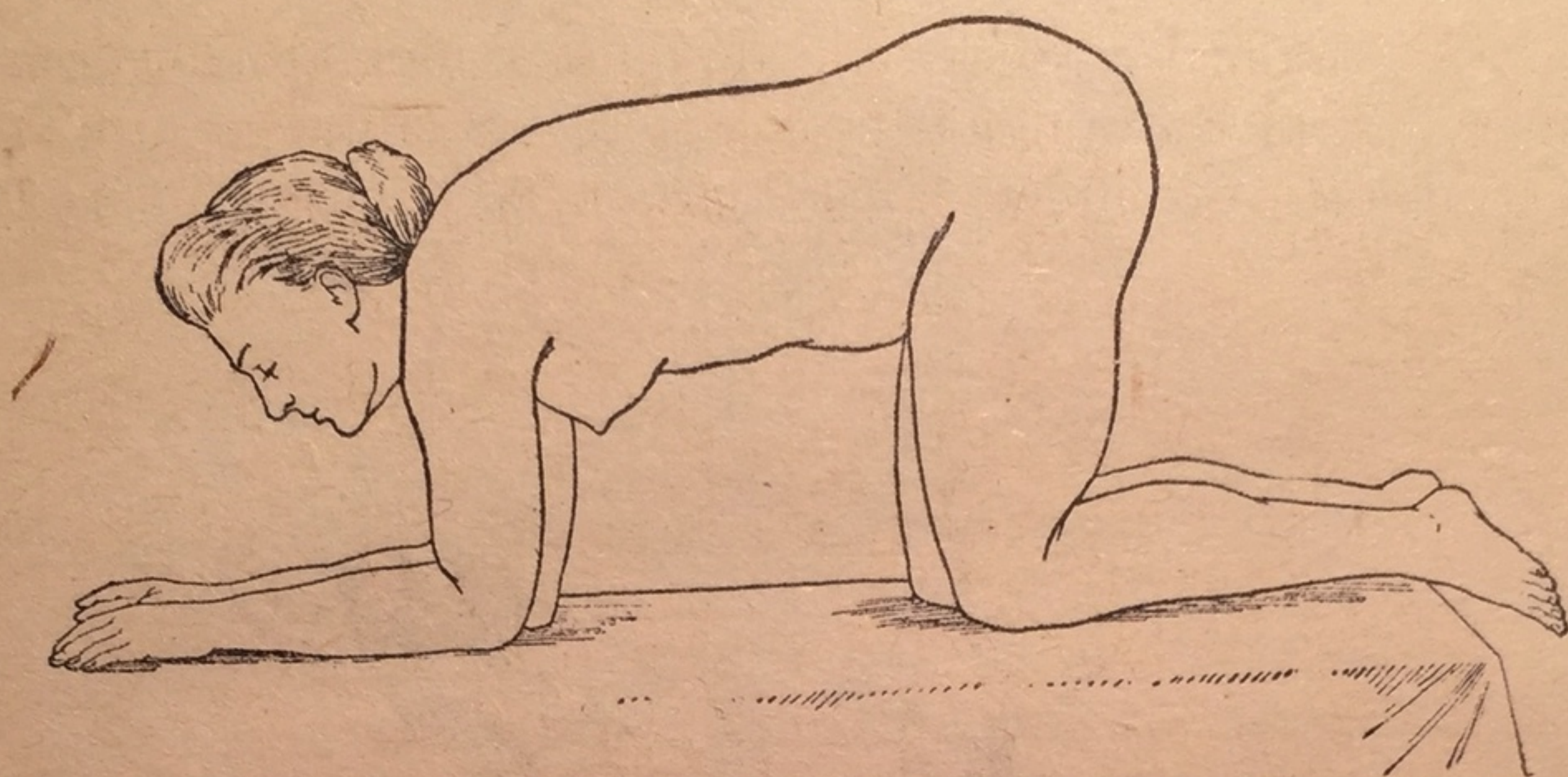


Рис. 9. Коленно-локтевое положение.

самый край стола, кровати или дивана. Выше лежащая нога приводится к животу. Врач стоит позади больной. Такое положение весьма удобно для осмотра промежности и области заднего прохода.

В некоторых случаях, например при исследовании мочеполовых свищей, применяется *коленно-локтевое положение* больной (рис. 9),



Рис. 10. Коленно-грудное положение.

при котором больная женщина стоит на коленях и опирается на локти. Однако чаще применяется *коленно-грудное положение*, при котором больная стоит на коленях в таком положении, что грудью касается стола (рис. 10); преимущество его заключается в том, что брюшные внутренности отходят к диафрагме и в брюшной полости создается отрицательное давление. При введении зеркал атмосфер-



ный воздух раздвигает стенки влагалища и делает их доступными для детального исследования.

Нередко приходится придавать больной так называемое тренденбургское положение как в целях исследования, так и осо-

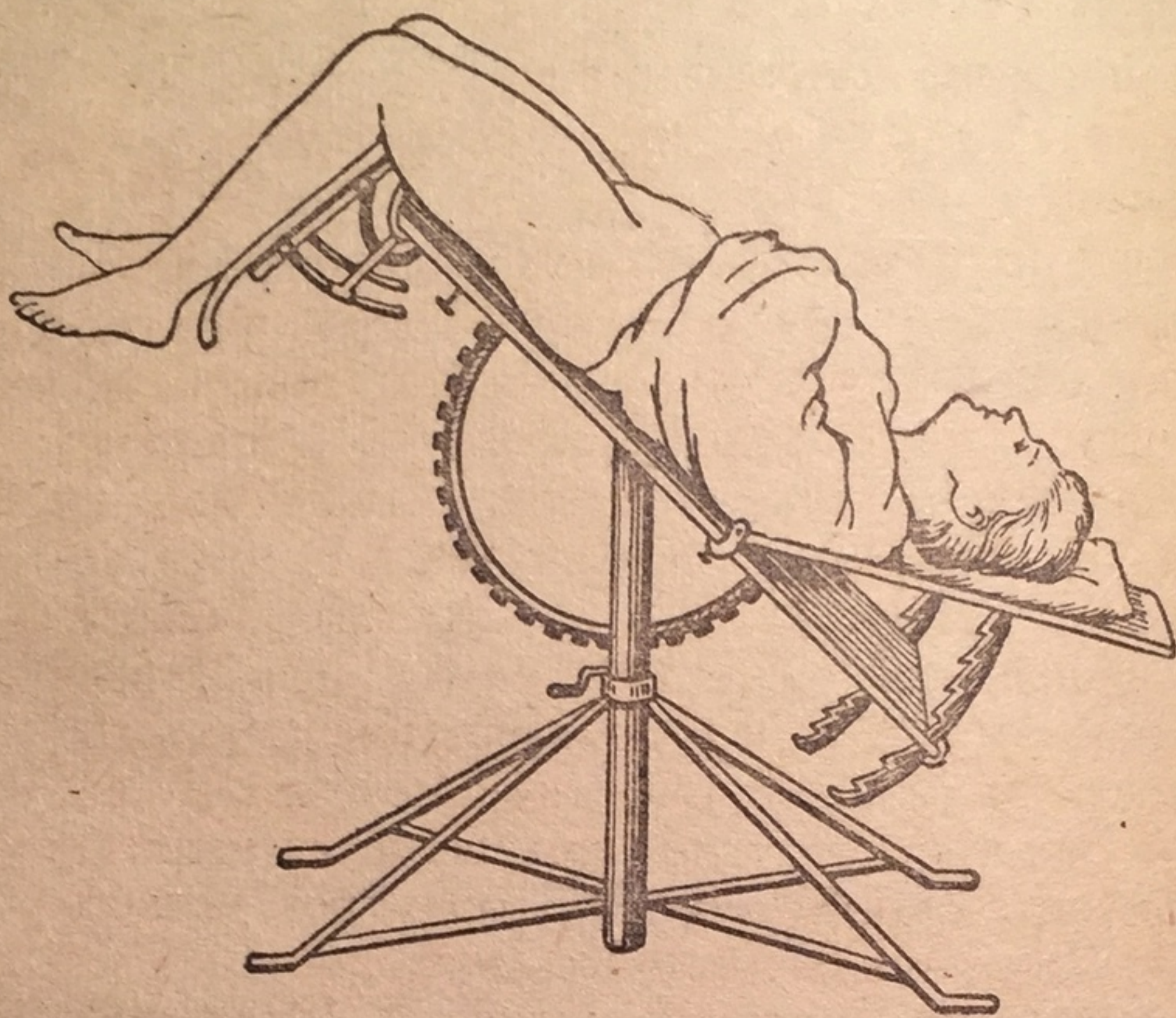


Рис. 11. Положение гинекологической больной при операции.

бенно при разного рода оперативных вмешательствах; при этом положении голова и верхняя часть туловища низко опущены, а таз высоко поднят (рис. 11).

#### Подготовка рук для исследования

При исследовании больной должна быть обеспечена невозможность внесения инфекции. Так как от частого применения дезинфицирующих растворов (особенно таких, как 1‰ сулема, 1% лизол и др.) кожа рук портится, то лучше всего производить исследование больных в продезинфицированных резиновых перчатках, что является надежной защитой от инфекции как для больной, так и для исследующего лица. Немедленное мытье с мылом рук и последующая дезинфекция их после каждого влагалищного исследования являются само собой понятным требованием. Такая же дезинфекция необходима и при исследовании в перчатках.

#### Подготовка больной к исследованию

Гинекологическое исследование не требует той особо тщательной подготовки наружных половых органов, как это необходимо в акушерстве, и только в случае загрязнения их кровью, гнойными выделениями или калом необходимо обмыть половые части. При



некоторых заболеваниях, сопровождающихся гнойными, зловонными выделениями (например, при раке шейки матки), желательно предварительно проспринцевать влагалище каким-либо слабым дезинфицирующим раствором (марганцовокислого калия, молочной кислоты и т. п.). При всех манипуляциях на матке (расширение шейки, зондирование матки, пробная эксцизия, а также пункция заднего свода) необходима тщательная дезинфекция наружных половых частей и влагалища.

Прежде чем приступить к исследованию половых органов, нужно предварительно предложить больной опорожнить мочевой пузырь. Если же по характеру заболевания больная не может самостоятельно мочиться, то следует прибегнуть к опорожнению пузыря при помощи катетера, который должен быть перед употреблением прокипячен. Катетеризация должна быть произведена со строгим соблюдением всех правил асептики (см. ниже), ибо в противном случае это, хотя и небольшое, вмешательство может повести к тяжелой инфекции мочевых путей. У женщины обычно нетрудно произвести катетеризацию и получить таким образом мочу без всякого загрязнения для немедленного исследования.

При заболевании мочевых путей, собирая мочу отдельными порциями, мы можем получить важные указания на локализацию инфекции. Так, например, при собирании мочи (без катетера) в два стакана мы можем сделать заключение об изолированном поражении мочеиспускательного канала. Если в первом стакане будет мутная моча (вследствие вымывания гноя из уретры), а во втором — чистая, значит, имеется заболевание слизистой оболочки уретры, а слизистая оболочка мочевого пузыря свободна от поражения; в противном случае обе порции мочи были бы мутные.

Для выпуска мочи применяют катетеры (рис. 12). Они бывают металлические, резиновые и стеклянные. При катетеризации надо принять необходимые меры предосторожности во избежание повреждения и переноса бактерий извне в мочеиспускательный канал. Предварительно катетер необходимо простерилизовать кипячением.

Техника катетеризации такова: после тщательной подготовки рук сначала большим и средним пальцами левой руки раздвигают губы для того, чтобы отверстие мочевого канала было совершенно доступно осмотру. Другой рукой берут кусок ваты, смоченный 1‰ раствором сулемы или другим не причиняющим боли дезинфицирующим раствором, и вытирают им вход в уретру по направлению от клитора ко входу во влагалище. Продолжая левой рукой раздвигать губы, берут правой рукой катетер за его широкий конец, или так называемый павильон, и, закрывая пальцем наружный конец катетера, осторожно, без насилия, вдвигают его в уретру. Так как

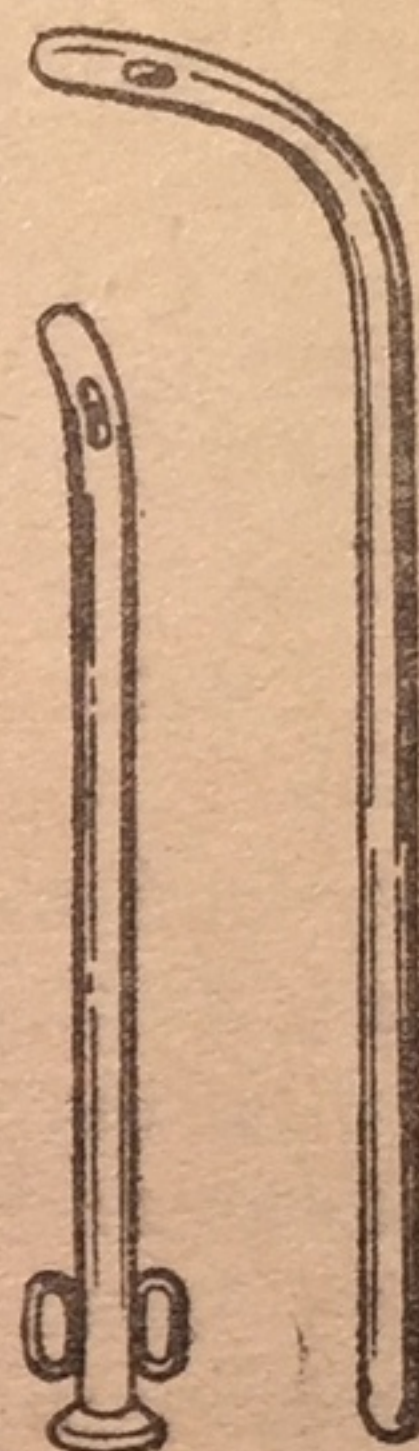


Рис. 12  
Катетеры:  
слева — жен-  
ский, спра-  
ва — муж-  
ской.



женская уретра коротка (3—4 см) и имеет широкий просвет, то введение катетера не встречает никакого препятствия (рис. 13).

В отдельных случаях могут встретиться трудности при введении катетера, так как женская уретра представляет не прямой, а изогнутый канал, выпуклостью обращенный кзади, а наружное отверстие иногда прикрыто уретральным валиком.

После того как моча из отверстия уретры при легком выдвигании катетера больше не показывается, катетер вынимают, причем

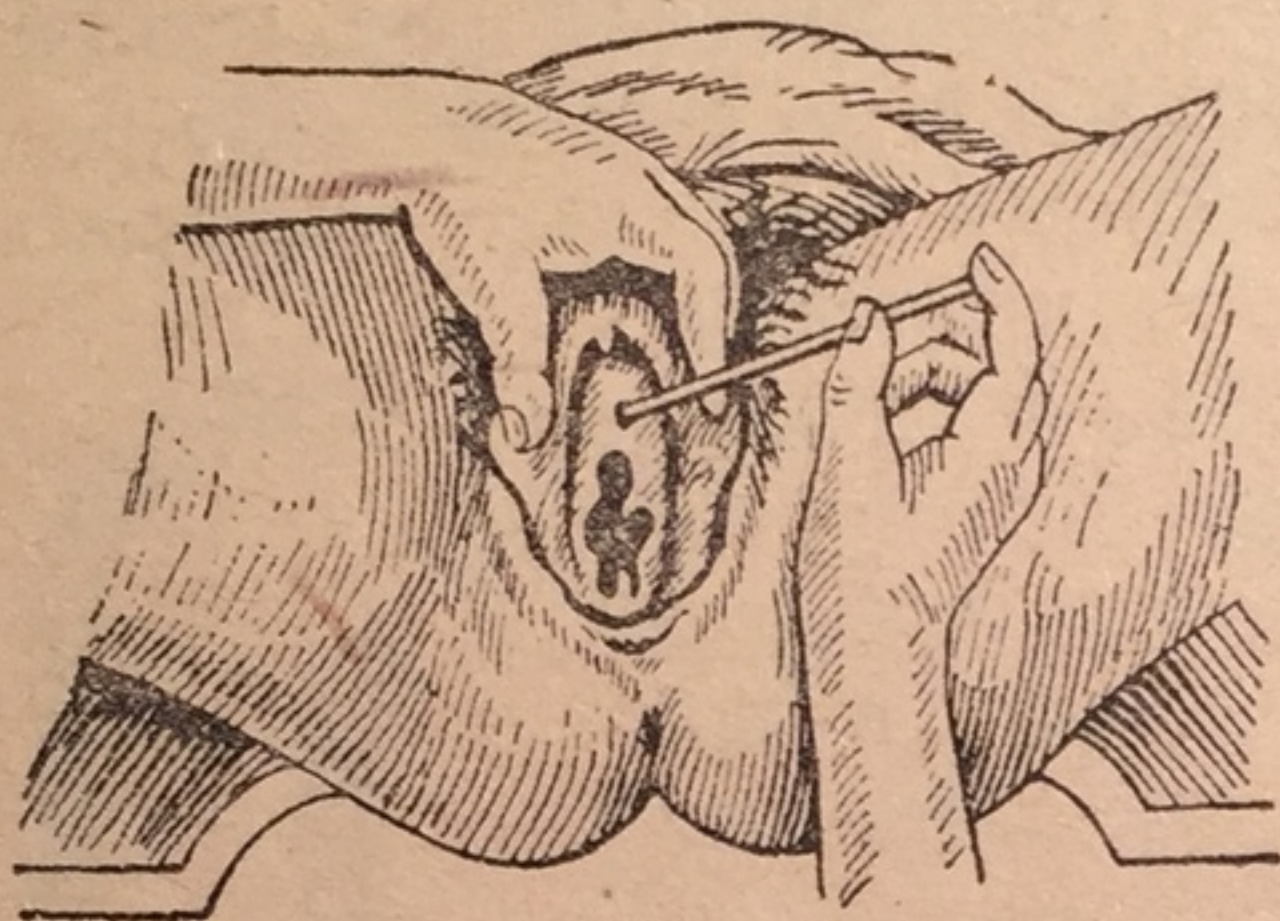


Рис. 13. Катетеризация.

большим пальцем руки, в которой держат инструмент, зажимают отверстие павильона; последний прием предупреждает попадание на наружные половые части оставшейся в катетере мочи.

Перед каждым двуручным исследованием надо подумать о возможном переполнении мочевого пузыря, так как оно затрудняет исследование и вызывает смещение половых органов. Перепол-

ненный мочевой пузырь при малой опытности иногда принимают за опухоль (кисту).

В нижнем отделе прямой кишки скопляются иногда твердые каловые массы, которые суживают просвет влагалища, затрудняют влагалищное исследование, а при более высоком положении могут симулировать опухоль. Во избежание этих затруднений и ошибок необходимо опорожнить прямую кишку. Если это может встретить некоторые неудобства в условиях амбулаторной работы, то необходимо назначить соответствующее слабительное или клизму из мыльной воды (или с прибавлением глицерина), которую больная должна ставить в домашней обстановке, а на повторное исследование явиться уже после основательного опорожнения кишечника.

## Наружное исследование

### Осмотр живота

Подготовив все необходимое для исследования, приступают к наружному осмотру больной, лежащей на гинекологическом столе с обнаженным животом и половыми органами. Сначала производят наружный осмотр живота, обращая внимание на его особенности, как то: форму, величину, старые рубцы беременности, дряблость стенок, вздутие, втянутость, рубцы от бывших операций, свищевые отверстия, изъязвления, сыпи, расхождение мышц, грыжевые выпячивания, расширение вен, пигментацию, состояние пупка и волосистости. Особенно важно обратить внимание на выпячивания, происходящие от опухолей в полости живота или в толще брюшной стенки, а также от наличия отека, асцита или метеоризма.



По величине и форме выпячивания можно с известной степенью вероятности (особенно у худых женщин) определить, какое заболевание имеется у данной больной: например, *кистозидные опухоли яичников* большей частью имеют форму одиночных шаровидных образований; множественные *фибромиомы матки* — форму конгломерата связанных между собой шаров; при *кистах яичника* живот обыкновенно бывает выпячен куполообразно. При *асцит*е живот имеет довольно характерный вид вследствие симметричного выпячивания боковых отделов его, и только при большом скоплении асцитической жидкости живот принимает шарообразную форму.

Опухоли брюшной полости могут обладать активной или пассивной смещаемостью, или и той и другой одновременно. Активной смещаемостью органа называется перемещение его вследствие движения диафрагмы под влиянием дыхательных движений, пассивным же — перемещение опухоли, производимое руками исследующего. Злокачественные опухоли в запущенных стадиях вообще несмещаемы. Опухоли половых органов обычно не обладают активной смещаемостью, в то время как пассивная их смещаемость может быть весьма большой (кисты яичника на длинной ножке или субсерозные фиброматозные узлы на матке). Пальпацией живота можно обнаружить опухоли, исходящие из кишечника, сальника, желудка, забрюшинных лимфатических узлов. При дифференциальной диагностике нужно всегда иметь в виду, что опухоли, исходящие из половых органов, обычно имеют выраженную связь с малым тазом, а дугообразный контур опухоли обращен своей выпуклостью кверху.

*Отеки* локализуются главным образом в нижних отделах живота, на наружных половых органах и нижних конечностях, причем кожа на месте отека принимает характерный вид: она как бы налита и лоснится, а при надавливании пальцем остаются ямки.

Общий *метеоризм* дает равномерное выпячивание всего живота; в случаях частичного метеоризма (при непроходимости) выпячивается лишь одна какая-нибудь область живота.

При внимательном осмотре можно иногда обнаружить видимые сквозь покровы контуры вздутых петель кишок и проследить перистальтическое их движение; можно также наблюдать движение внутриутробного плода и, наконец, пульсацию аорты.

### П а л ь п а ц и я ( о щ у п ы в а н и е ) ж и в о т а

По окончании осмотра приступают к ощупыванию живота, для чего обе руки ладонными поверхностями пальцев кладут на симметричные места (рис. 14) и медленными, плавными движениями ощупывают брюшные покровы, их толщину, напряжение, чувствительность, консистенцию и расхождение прямых мышц живота, постоянно сравнивая между собой симметричные места. Пальпация может производиться и одной рукой (рис. 15). Руки должны быть обязательно теплыми, иначе это неприятно больной, а кроме того,



легко вызывается рефлекторное сокращение мышц, что затрудняет исследование. При более глубоком ощупывании, при податливых брюшных стенках можно определить пульсирующую аорту, лежащую на позвоночнике, крестцовый мыс, кишечник (степень его



Рис. 14. Пальпация живота двумя руками.

наполнения). В паховой области можно найти увеличенные паховые лимфатические узлы, грыжевые выпячивания, опухоли круглой маточной связки и варикозные расширения вен. В верхнем отделе живота, в подреберье, находят справа край печени, слева — край

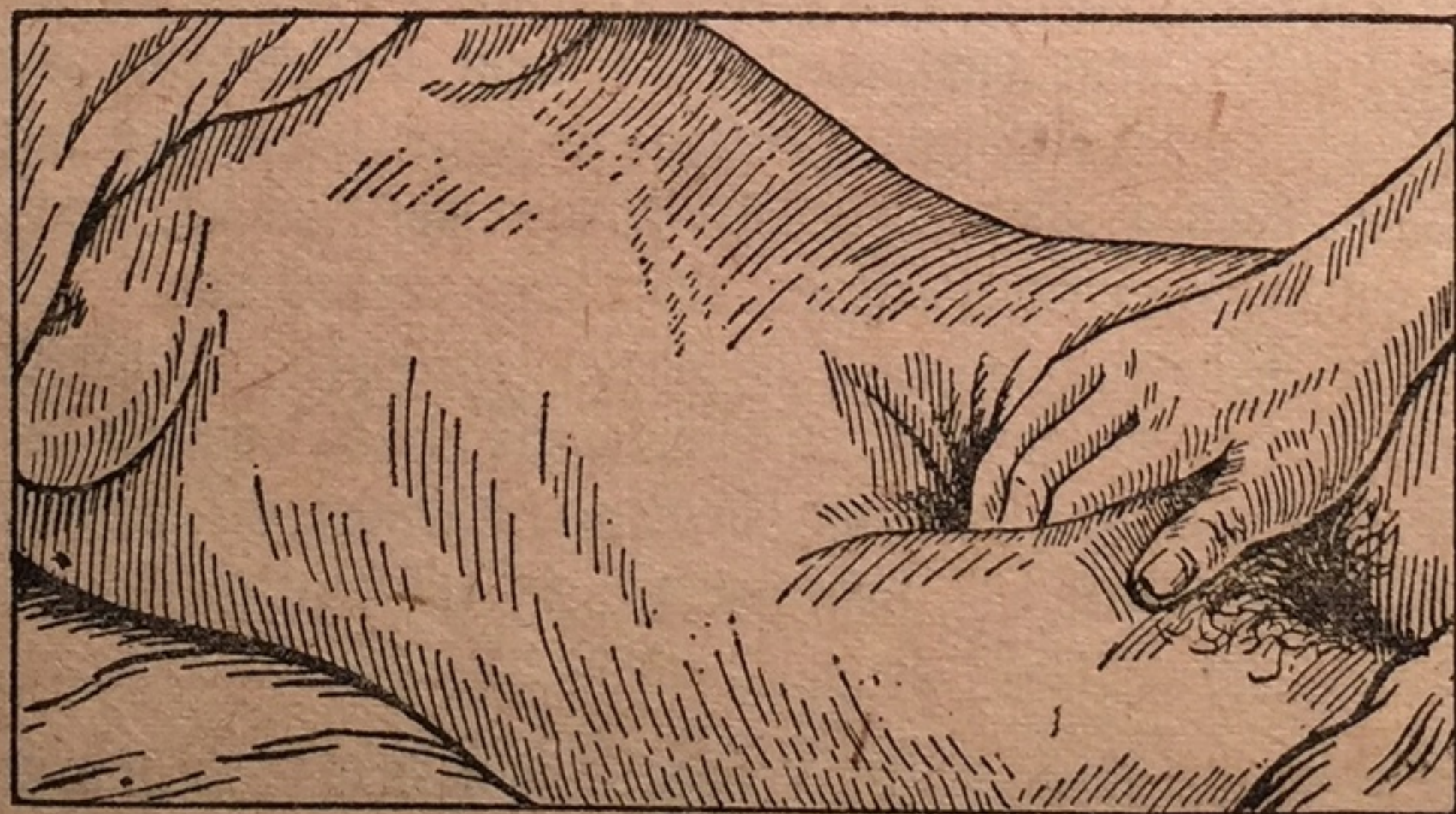


Рис. 15. Пальпация живота одной рукой.

селезенки при условии их увеличения. Ощупывание почек и глуболежащих опухолей производится при помощи подведенной под поясницу руки (рис. 16). Неизмененные внутренние половые органы через брюшные стенки не прощупываются.

При наличии *опухоли* в брюшной полости определяют верхние и боковые ее границы, границы в сторону подвздошных ям и в сто-



затрудняет  
податливых  
порту, лежа-  
степень его

рону полости малого таза, подвижность брюшных покровов над опухолью и подвижность опухоли под брюшными покровами. Далее определяют величину, форму и поверхность опухоли (узлы, бугры, узелки), консистенцию ее (плотная, мягкая, эластичная, тугоэластичная).

Иногда при ощупывании живота, особенно после произведенных чревосечений, ощущается крепитация, которая зависит от попадания воздуха в подкожно-жировую клетчатку (подкожная эмфизема). Подкожные эмфиземы наблюдаются также после неправильно произведенных подкожных вливаний, когда вместе с вливаемой жидкостью в подкожную клетчатку нагнетается воздух.

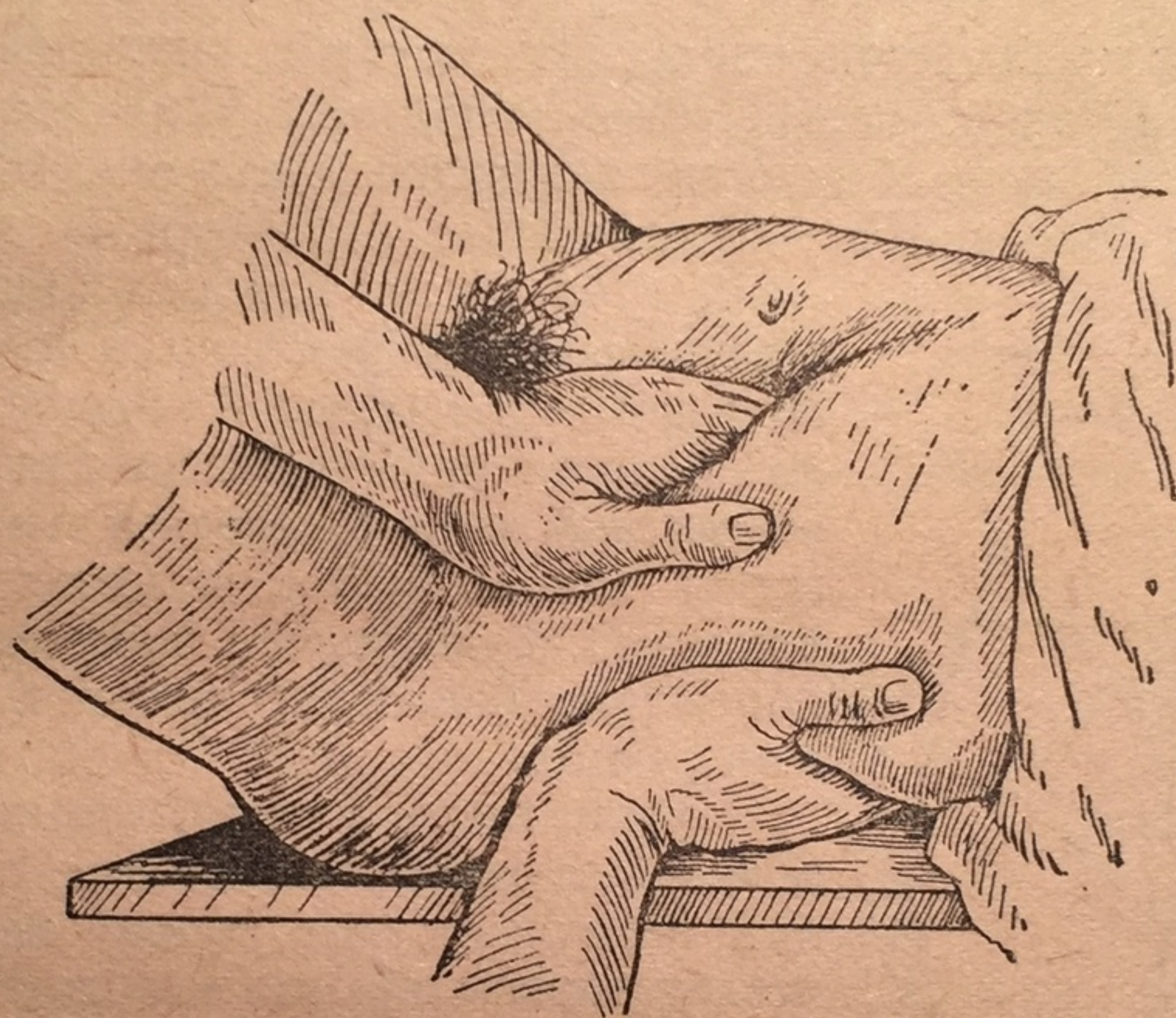


Рис. 16. Ощупывание глубоколежащих опухолей.

Присутствие в животе *жидкости* определяется следующим образом: одна рука плашмя фиксируется на одной из боковых поверхностей живота, другой рукой с противоположной стороны производится толчкообразное движение по направлению к фиксированной на животе руке — получается ощущение флюктуации. Нужно помнить, что при сильном ожирении брюшной стенки может быть получено ощущение ложной флюктуации (колебание жирной стенки).

При ощупывании живота больной необходимо обратить внимание на *чувствительность при давлении* в различных участках живота. Болезненность при ощупывании живота наблюдается при воспалительных заболеваниях внутренних половых органов и особенно там, где в процесс вовлечена брюшина; получается «защитительное» сокращение мышц брюшной стенки ко всякому прикосновению.

Ощупыванием живота определяются также болевые точки, характерные для воспалительных процессов тех или иных органов брюшной полости (например, желчного пузыря, червеобразного



отростка). Как известно, при заболевании червеобразного отростка одним из характерных признаков является болезненность в точке Мак-Бурнея, которая лежит на середине линии, соединяющей переднюю верхнюю ость правой подвздошной кости с пупком. Уметь находить эту точку важно для распознавания аппендицита. Необходимо также знать местоположение точки на брюшной стенке, соответствующей расположению яичника. Эта точка лежит на границе между средней и нижней третью линии, соединяющей пупок со серединой пупартовой связки.

### В ы с т у к и в а н и е   ж и в о т а

Для того чтобы точно определить контуры опухолей и границы отдельных органов, применяется метод выстукивания живота — перкуссия, которая обычно производится пальцами. Все опухоли, а также осумкованные экссудативные параметриты дают *тупой*

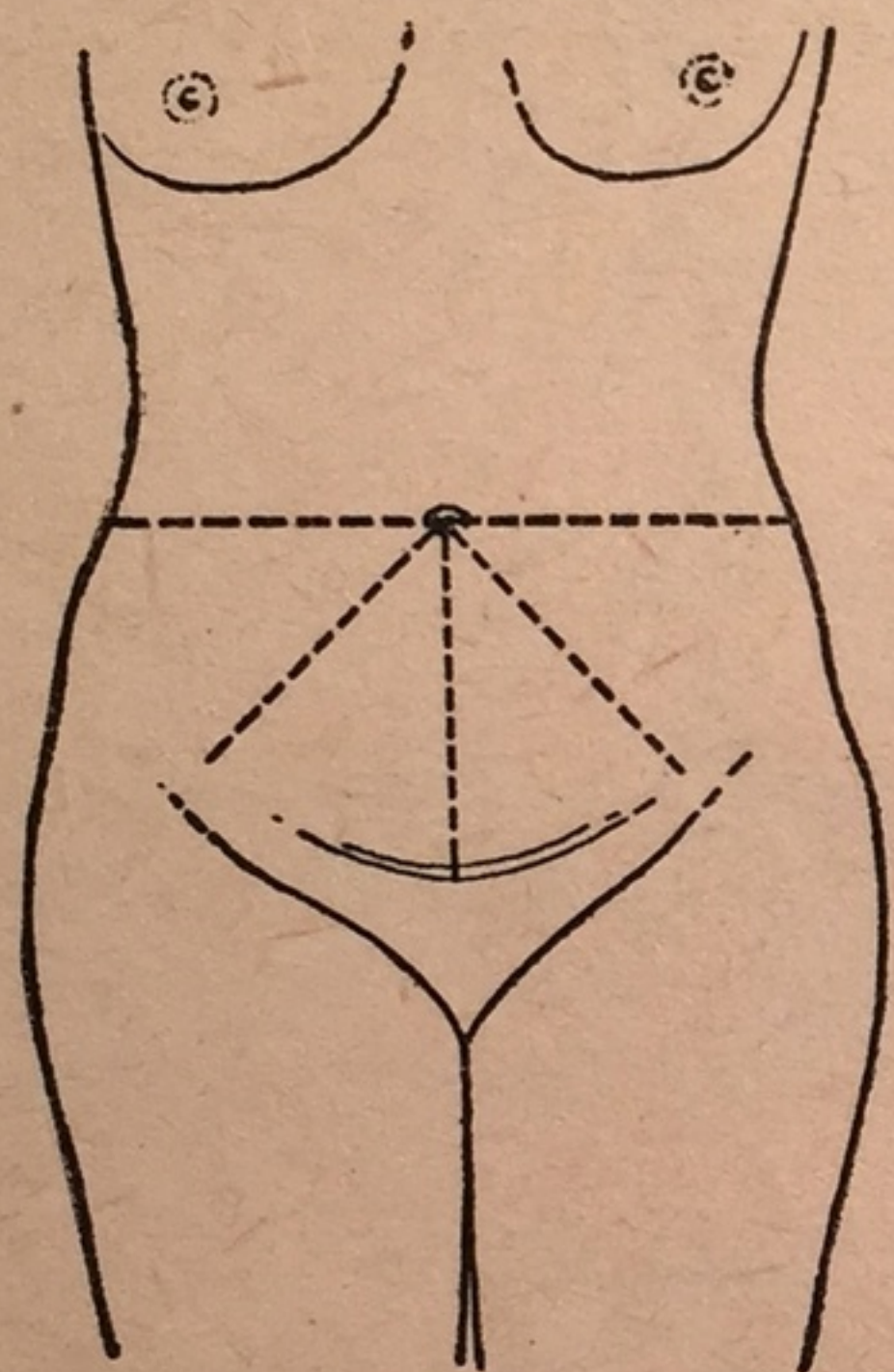


Рис. 17. Пунктиром указаны направления перкуссии живота.

звук, в то время как над кишечником и желудком наблюдается *тимпанический* звук. При наличии свободной жидкости в брюшной полости при перкуссии получают *тимпанический* звук в середине живота, в то время как по бокам, в местах скопления жидкости, будет *тупой* звук; при перемене положения больной границы тупого звука изменяются.

Нужно иметь в виду, что наполненный мочевой пузырь также дает тупой звук при перкуссии; вот почему перед всяким исследованием области малого таза пузырь должен быть опорожнен. Очень важные диагностические данные перкуссия живота дает при внематочной беременности (определение в брюшной полости скопления крови).

Выстукиванием живота можно отличить опухоли женской половой сферы от опухолей печени, селезенки и пр. При опухолях печени и селезенки характерным является то, что при них тупой звук, объясняющийся наличием опухоли, переходит непосредственно в притупление над названными органами и отделяется от области малого таза областью тимпанита. При опухолях, исходящих из половых органов женщины, притупление переходит непосредственно в область малого таза. Перкуссию лучше всего производить, начиная от пупка, в направлениях, указанных на рис. 17.

### В ы с л ы ш и в а н и е   ж и в о т а

В случаях, когда по величине и форме живота нельзя определить, имеем ли мы дело с беременной маткой (больших сроков) или опухолью, необходимо произвести выслушивание (аускультация).



цию) живота. Выслушиванием живота при беременности определяют сердцебиение плода, движение его, маточные шумы. Выслушивание применяется также при продувании труб, при котором иногда удается выслушать дующий шум воздуха, выходящего из ампулярного конца трубы.

При общем перитоните выслушиванием живота определяется полное отсутствие кишечных шумов вследствие прекращения перистальтики.

### Измерение живота

Измерение живота в гинекологии производится редко. Оно необходимо, например, при больших опухолях с целью наблюдения за ростом опухоли и при асците с целью констатирования его нарастания. Измерение окружности живота производится обыкновенной сантиметровой лентой на уровне пупка.

### Осмотр наружных половых органов

Для осмотра наружных половых органов больная укладывается на гинекологическое кресло в спинно-ягодичном положении с разведенными и согнутыми под прямым углом ногами.

Прежде всего обращают внимание на лобок, отмечая форму его, состояние подкожно-жирового слоя, характер волосистости. Попутно осматривают внутренние поверхности бедер (опрелость, экзема, кондиломы, наличие варикозных узлов). Затем приступают к осмотру больших и малых половых губ (величина, наличие отеков, язв, опухолей, варикозных узлов, кондиломатозных разрастаний, степень смыкания половой щели), промежности (разрывы, рубцы) и, наконец, области заднего прохода (геморроидальные узлы, трещины, кондиломы, язвы, выпадение слизистой оболочки). Затем разводят половые губы большим и указательным пальцами левой руки (рис. 18) для осмотра преддверия влагалища. Здесь нужно осмотреть

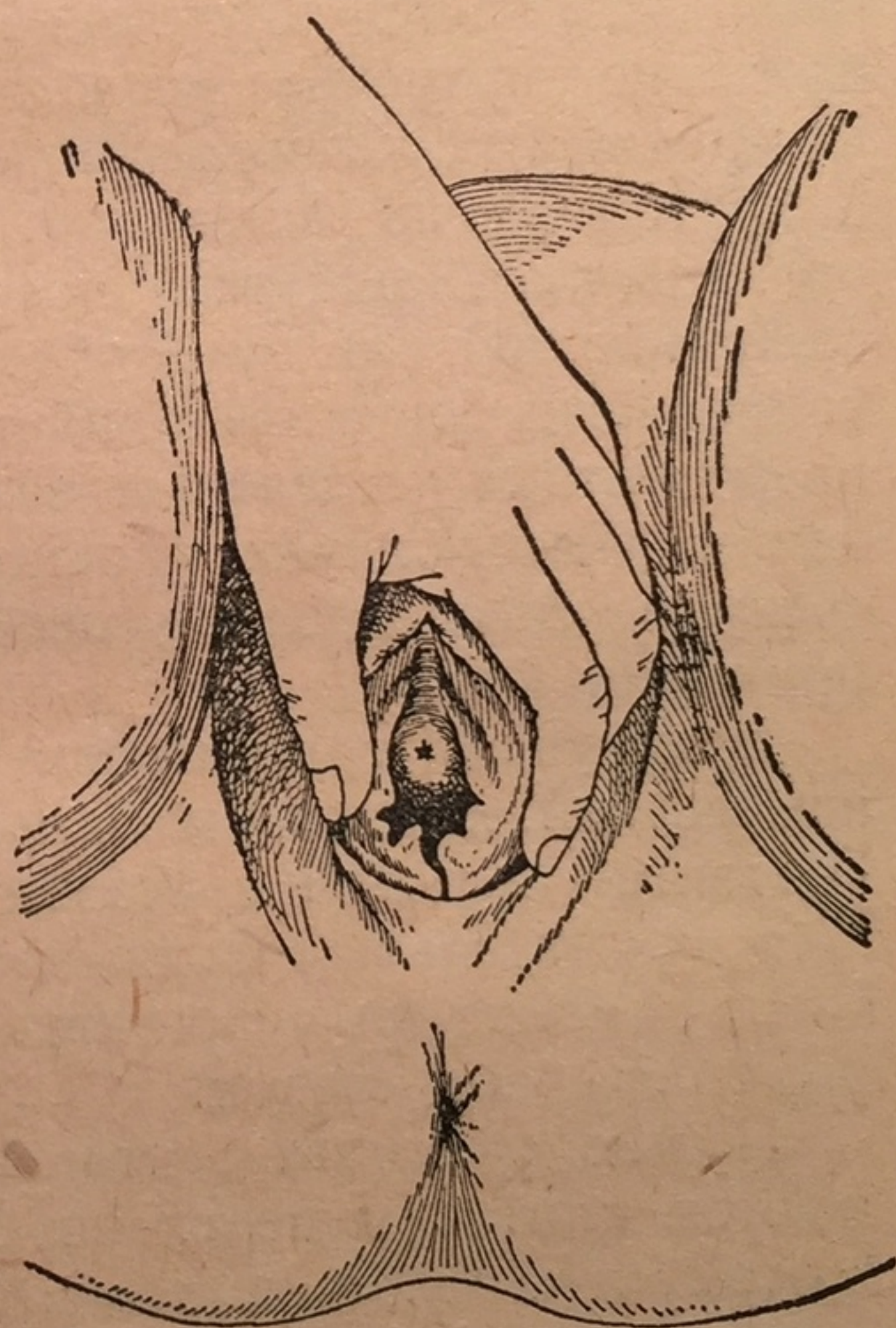


Рис. 18. Осмотр влагалищного входа наружных половых частей перед внутренним исследованием.

клитор (форма, величина, аномалии развития), наружное отверстие мочеиспускательного канала (состояние слизистой, наличие полипов, характер выделений из уретры), парауретральные ходы (наличие воспаления, гнойные пробки), внутреннюю поверхность боль-



ших и малых губ (состояние слизистой, пигментация, наличие язв), девственную плеву (целость, форма разрывов, состояние рубцов), заднюю спайку (разрывы, рубцы).

В преддверии влагалища кпереди и кнаружи от девственной плевы с обеих сторон открываются выводные протоки бартолиновых желез. Область отверстия выводного протока необходимо тщательно осмотреть, обращая внимание на характер выделений, наличие гонорройных пятен, припухлости, красноты вокруг отверстия.

Кроме того, осматривая слизистую преддверия влагалища, обращают внимание на наличие цианоза последней, что может указывать на беременность или застойные явления в тазе, обусловленные опухолью, неправильным положением матки и т. п.

Для определения опущения или выпадения стенок влагалища нужно предложить больной потужиться или покашлять.

После осмотра наружных половых органов приступают к внутреннему исследованию.

### Внутреннее исследование

Исследование, производимое введенными во влагалище пальцами, называется внутренним исследованием. В гинекологической практике внутреннее исследование должно быть комбинированным (двуручным): один или два пальца одной руки вводят во влагалище, а другой рукой фиксируют через брюшные стенки исследуемый орган (матку, придатки) или стараются определить прощупыванием состояние той или иной области малого таза. Внутреннее исследование чаще всего выполняется правой рукой; однако некоторые предпочитают исследовать левой рукой. Производится исследование одним указательным пальцем или же двумя — указательным и средним. Исследование необходимо производить осторожно, не причиняя боли.

Приступая к исследованию, исследующий становится перед пациенткой, лежащей на спине с согнутыми и разведенными ногами. Раздвигая большим и указательным пальцами левой руки половые губы, указательный палец правой руки вводят во влагалище, обращая внимание на чувствительность, ширину входа во влагалище, упругость его стенок.

Нужно учитывать, что самыми чувствительными местами являются клитор и передняя стенка влагалища в области уретры; поэтому при введении во влагалище не следует на них давить исследующим пальцем. Пальцы должны скользить вдоль задней влагалищной стенки, а не по передней. Если введение пальцев вследствие узости влагалища затруднено, то при введении их нужно отдавливать промежность книзу, а пальцы предварительно смазать вазелином.

Проводя пальцы глубже во влагалище, определяют состояние слизистой оболочки (степень влажности, наличие разражений, шероховатости, степень смещаемости или, наоборот, неподатли-



восте при наличии рубцов), наличие опухолей, перегородки (при двойном влагалище). Через переднюю стенку влагалища может на значительном протяжении прощупываться мочеиспускательный канал (если он инфильтрирован).

Затем исследующим пальцем находят влагалищную часть шейки матки, определяют ее форму (коническая, цилиндрическая), величину, форму наружного маточного зева (у нерожавших — круглая, у рожавших — в виде поперечной щели; рис 19), наличие на шейке разрывов и рубцов после родов, опухолей и т. п. При глубоких поперечных разрывах на шейке она представляется разделенной на две губы (переднюю и заднюю), причем слизистая оболочка канала шейки матки в таких случаях представляется вывороченной в просвет влагалища (ectropion) (рис. 20—28). Если на шейке имеется

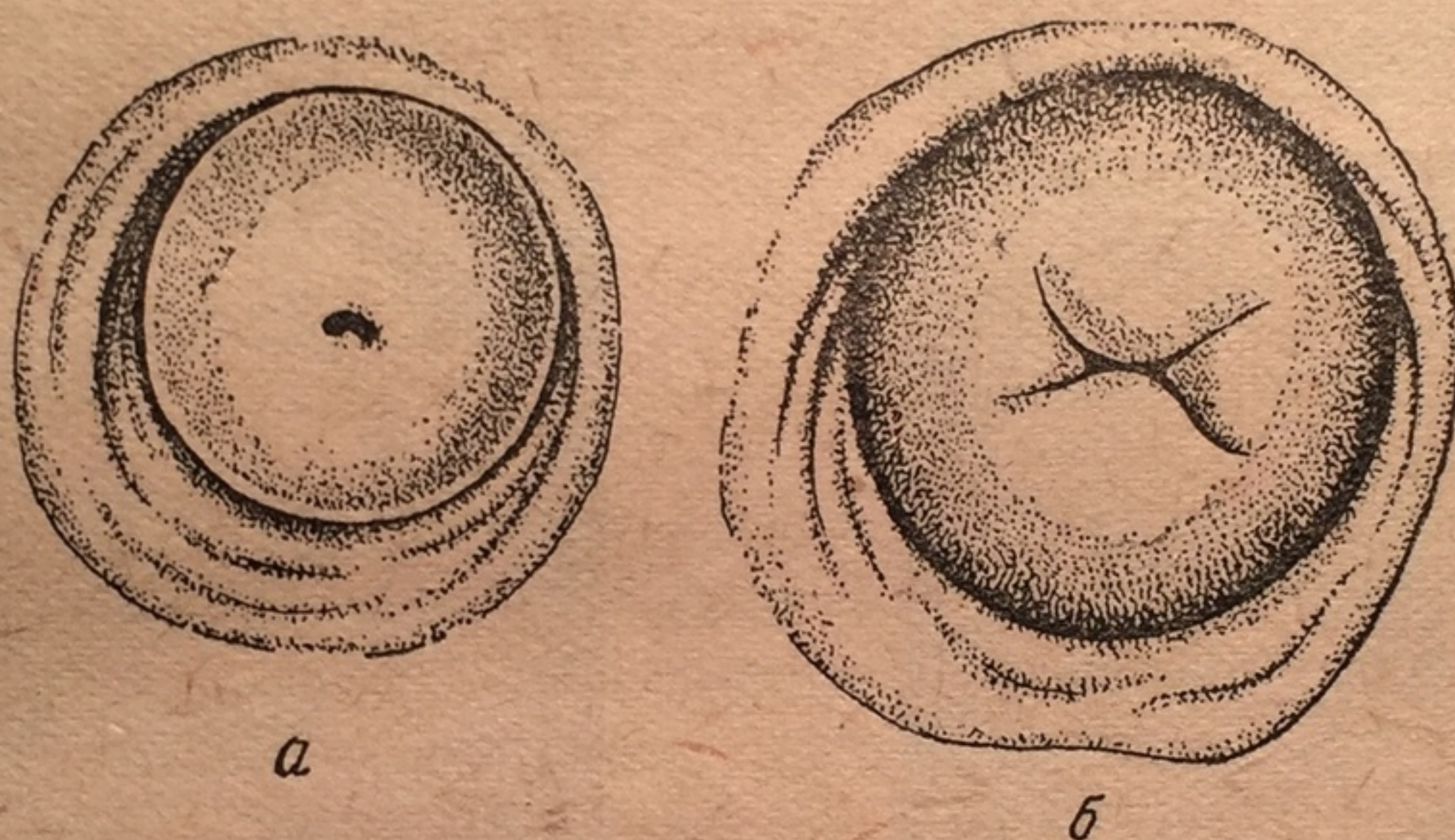


Рис. 19. Наружный зев шейки матки.

а — у нерожавшей; б — у рожавшей.

эрозия, то при ощупывании поверхность ее иногда кажется бархатистой; ovula Nabothi прощупывается в виде небольших бугорков. Физиологически наружный зев шейки закрыт. По положению шейки можно судить о смещениях матки. В норме шейка матки находится строго по средней линии, наружный зев (при стоячем положении женщины) обращен книзу и кзади.

При обследовании сводов определяют их глубину, ширину, смещаемость слизистой оболочки, имеются ли выпячивания, опухоли, инфильтраты, связь последних с соседними органами; определяется болезненность при исследовании или отсутствие ее.

Затем приступают к исследованию вышележащих органов и отделов малого таза. Начинают обычно с матки. Чтобы определить положение, форму, величину и консистенцию ее, поступают следующим образом; пальцами, введенными во влагалище, фиксируют влагалищную часть матки, приподняв ее немного кверху и кпереди, приближая тем самым дно матки к передней брюшной стенке. После этого рукой, расположенной снаружи, бережно надавливают на брюшную стенку, стараясь расположить пальцы на задней поверхности тела матки (рис. 29); тогда пальцы другой руки перемещаются в передний свод, и тело матки ощущается между пальцами



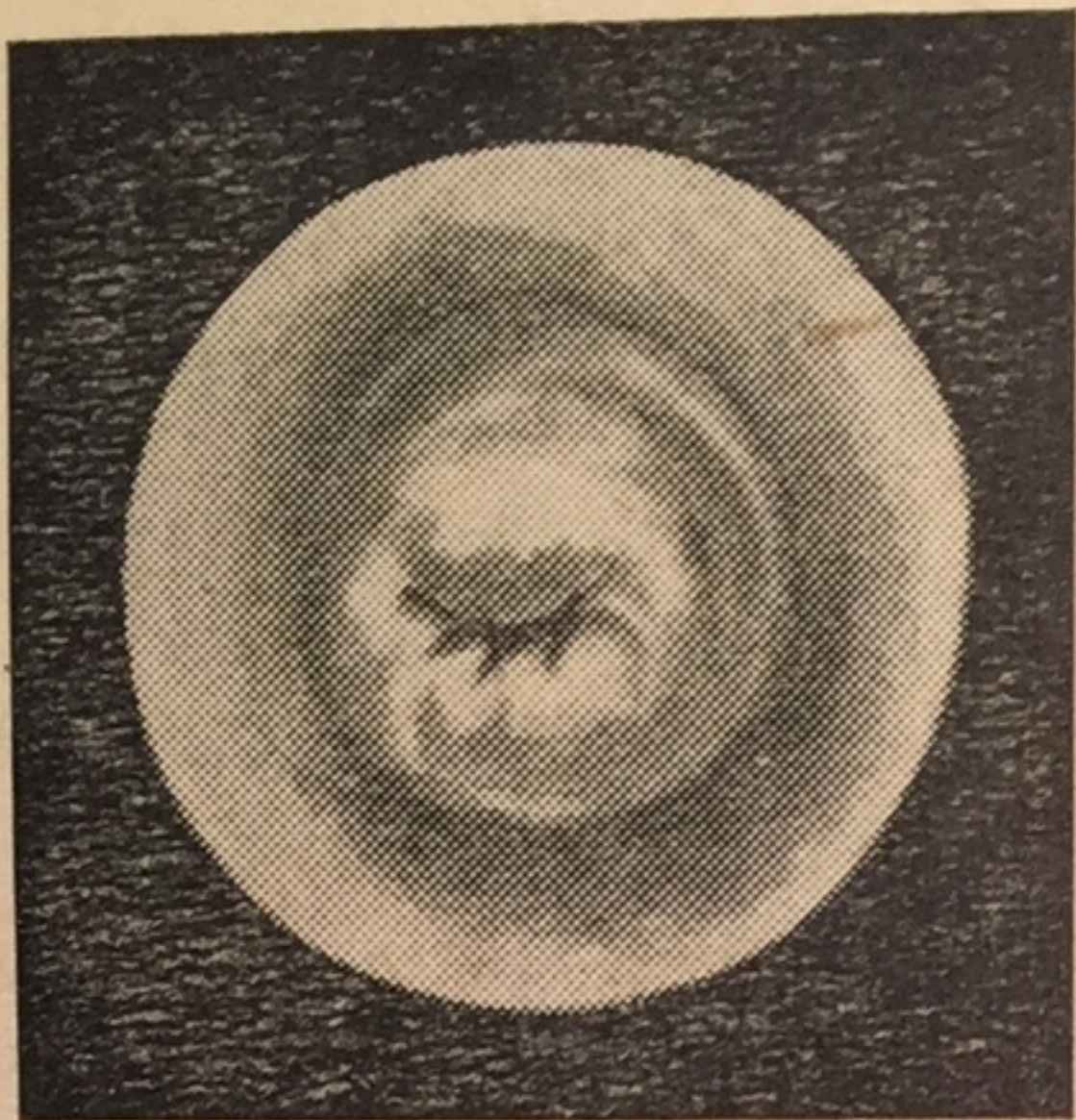


Рис. 20. Небольшие рубцы на задней губе шейки матки.

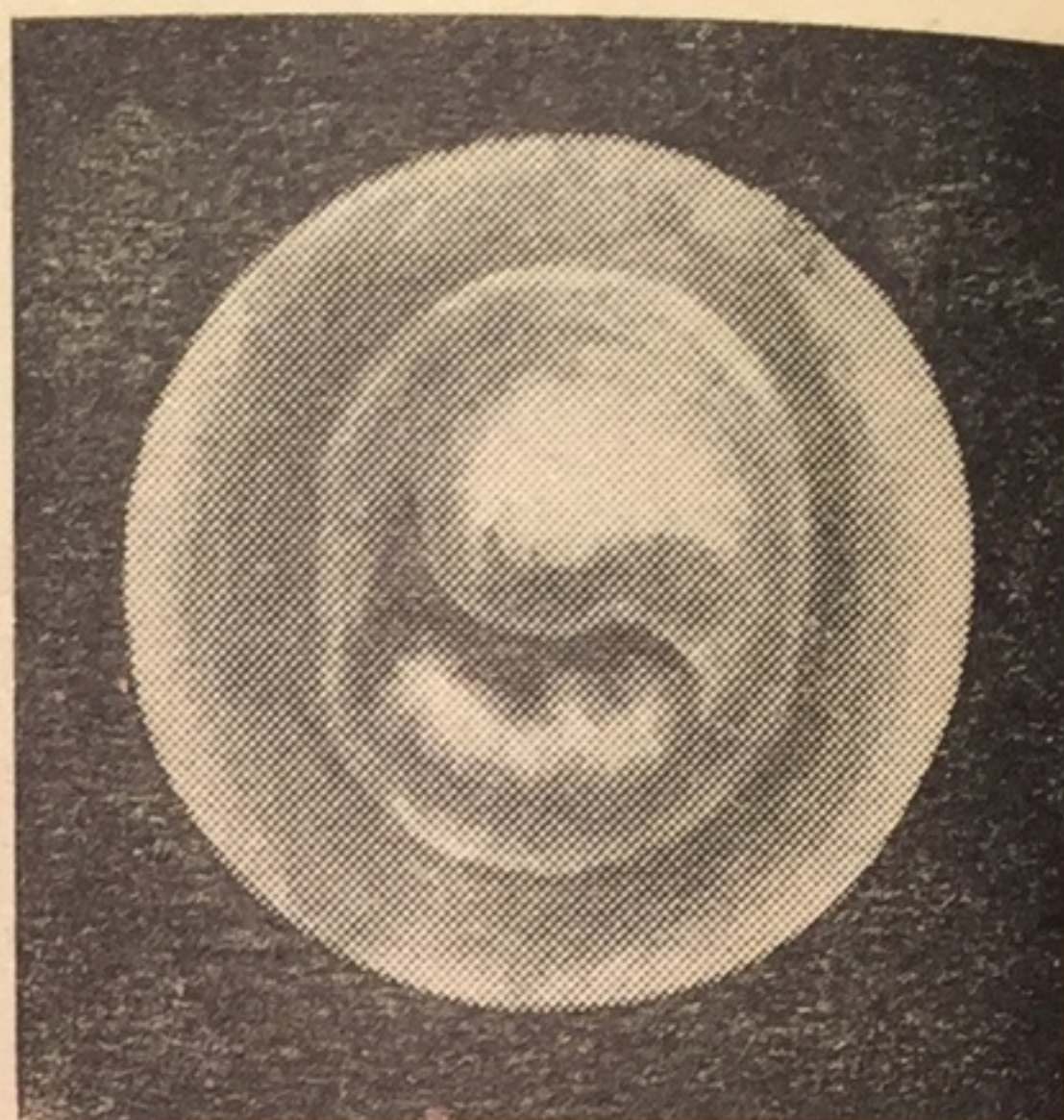


Рис. 21. Правосторонний разрыв шейки матки; рубцы.

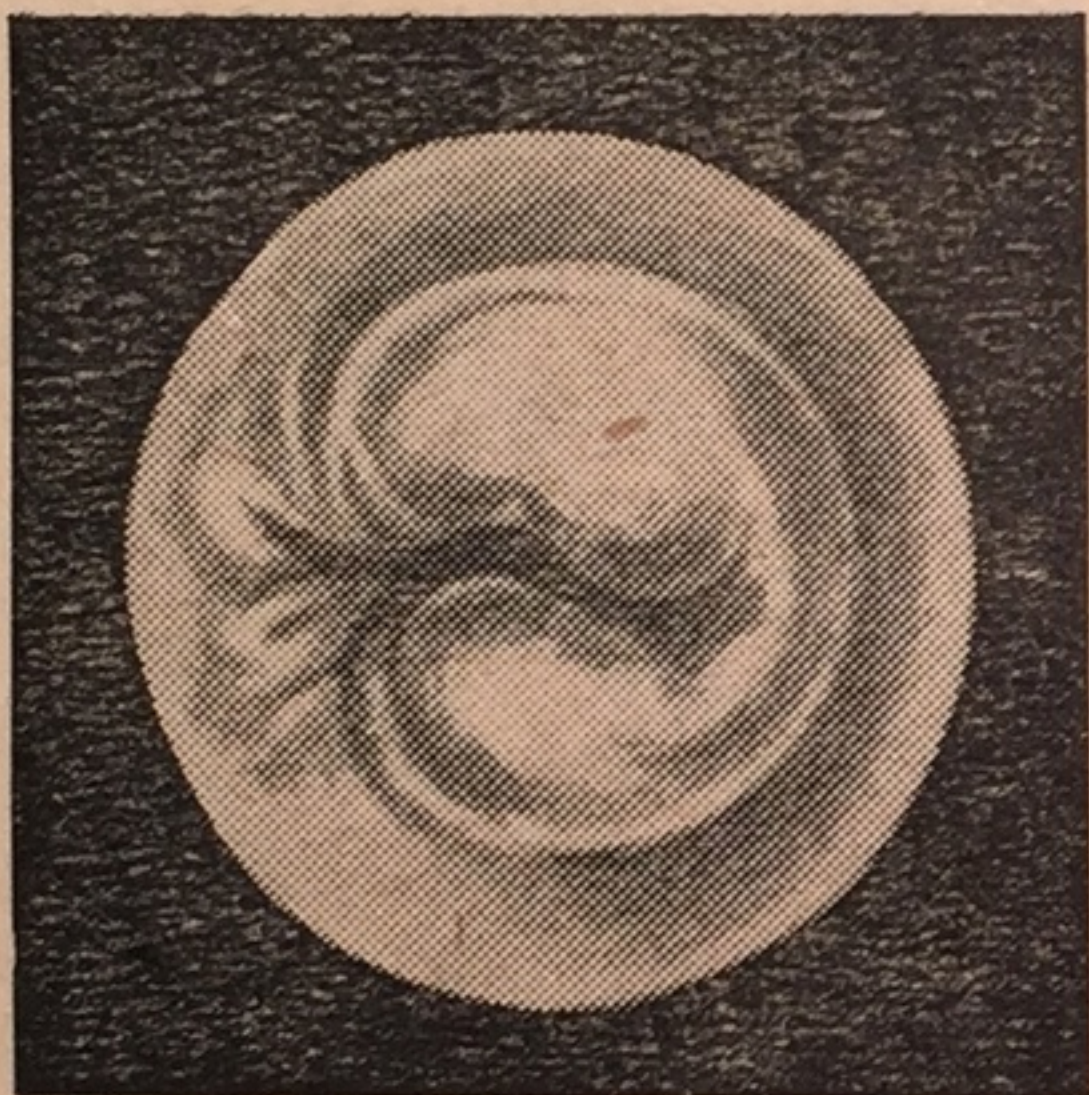


Рис. 22. Рубцы на шейке матки и стенке влагалища после разрывов во время родов.

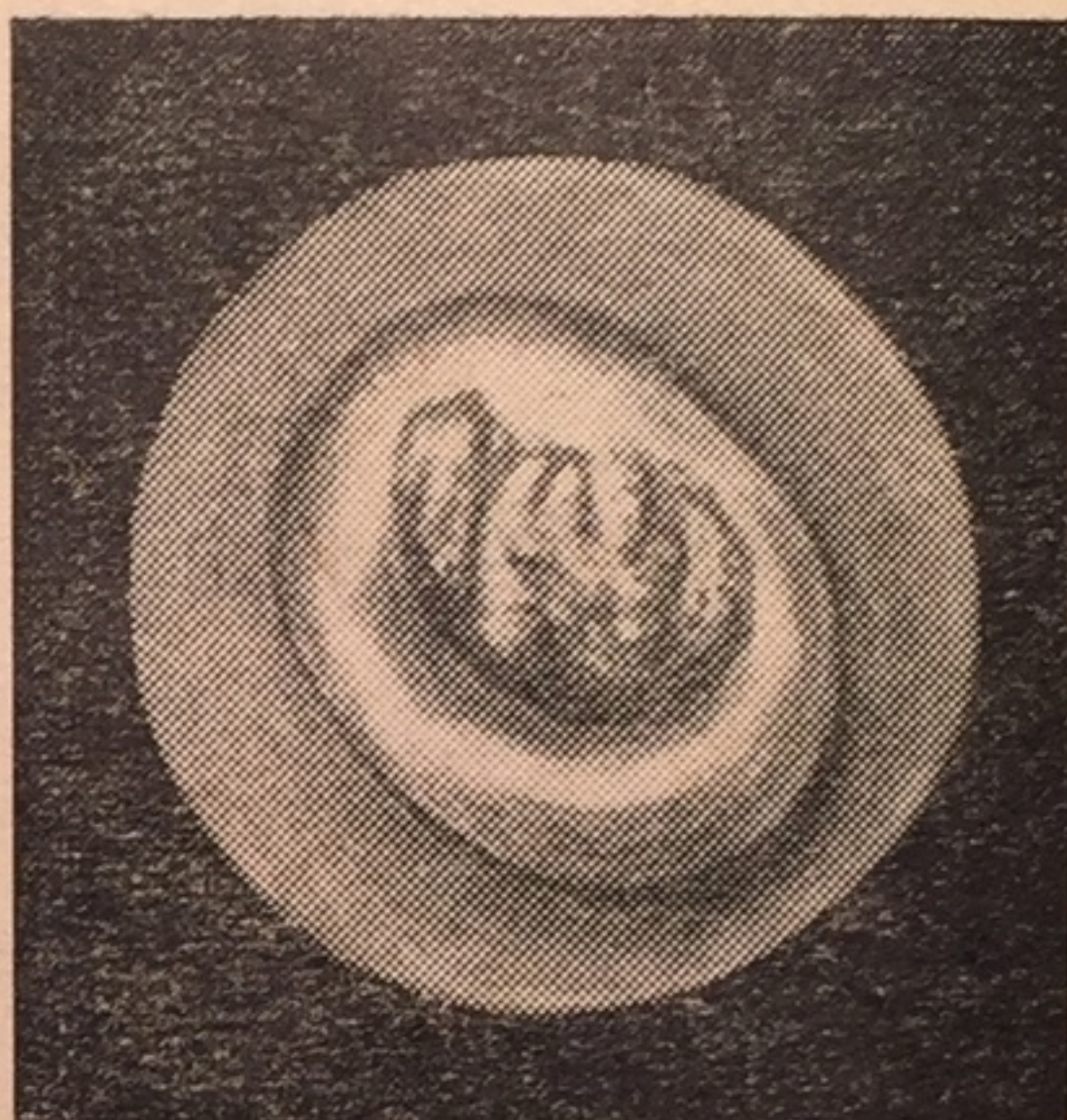


Рис. 23. Наружный зев шейки матки в виде полулунной щели, выворот передней губы шейки матки.

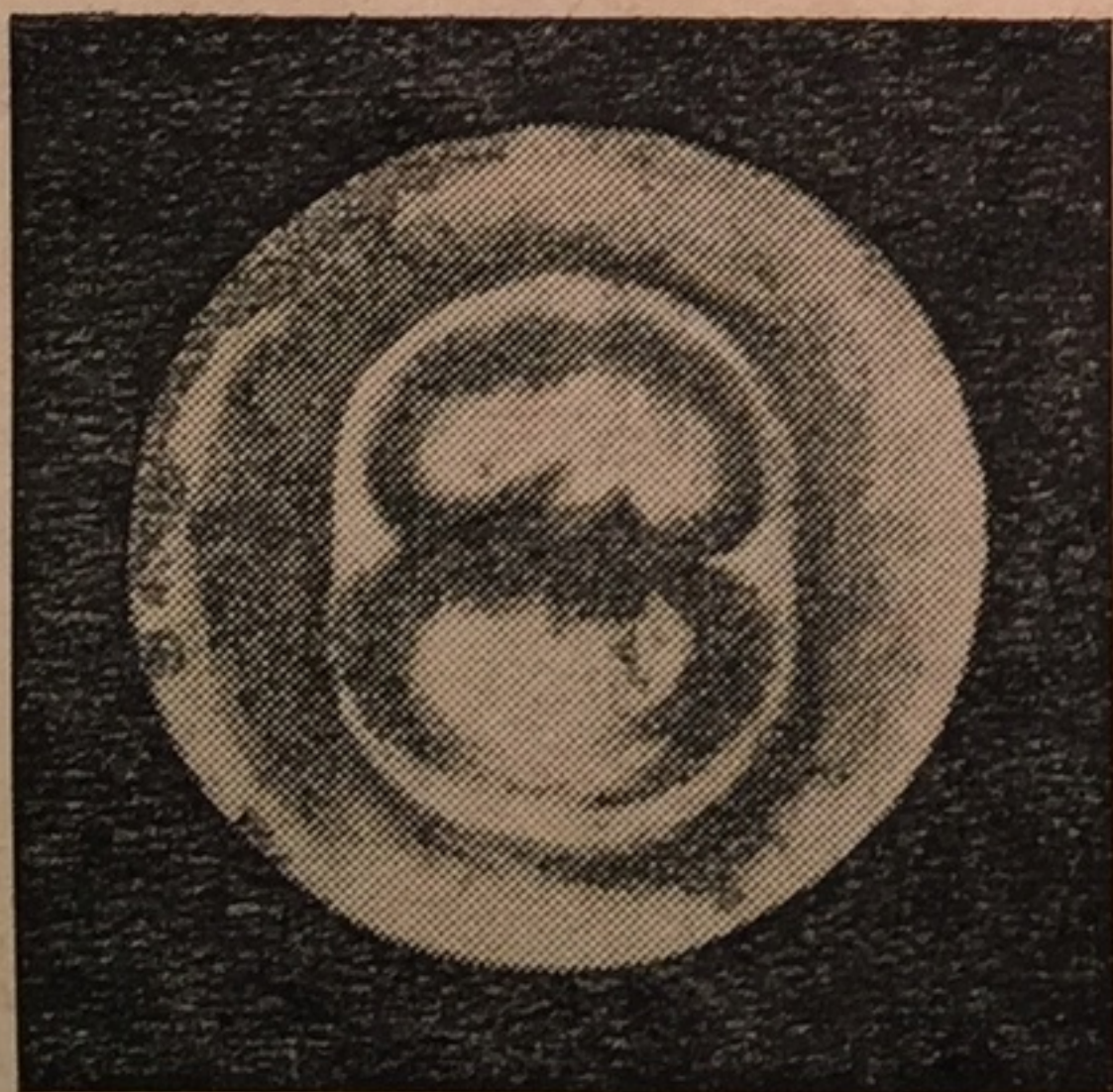


Рис. 24. Двусторонний разрыв шейки матки; рубцы; небольшой выворот (эктропион) слизистой оболочки цервикального канала.

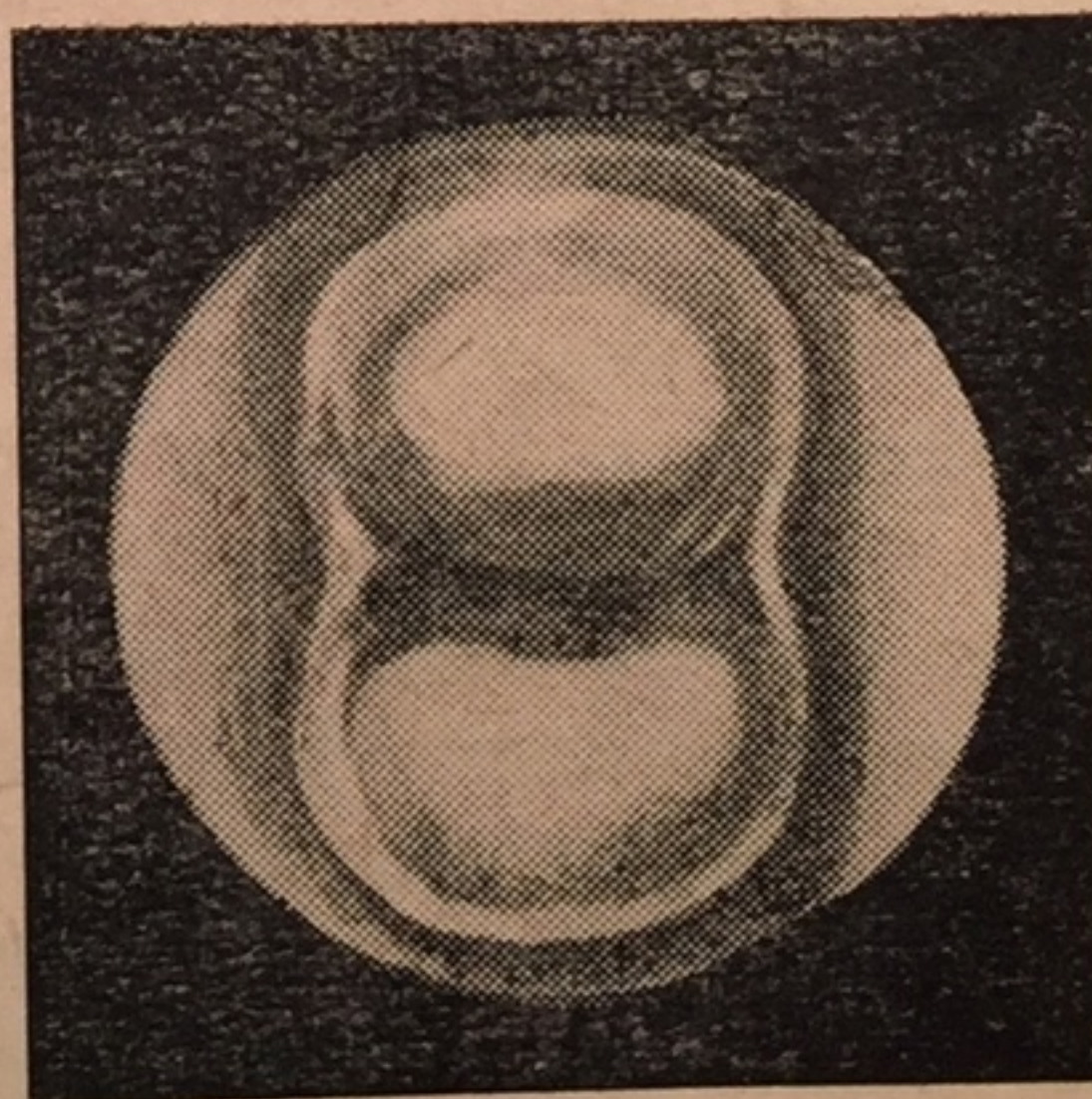


Рис. 25. Глубокий двусторонний разрыв шейки матки. Обширный выворот (эктропион) шейки.



обеих рук. В норме матка расположена в малом тазе по средней линии, на одинаковом расстоянии от лонного сочленения и крестца, а также боковых стенок таза. Дно матки обращено кверху и кпереди, не выходя за пределы плоскости входа в малый таз, шейка матки —

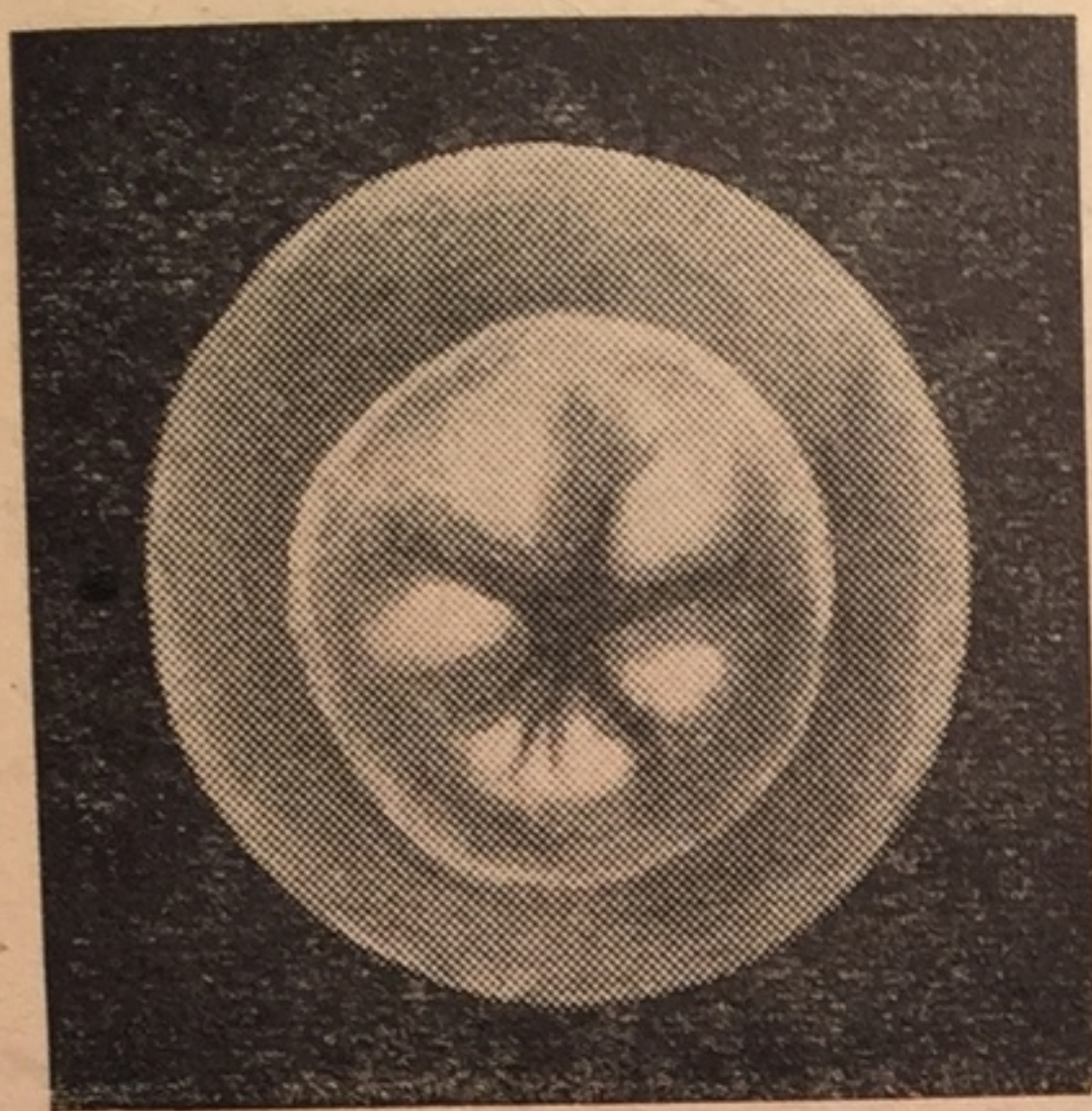


Рис. 26. Звездчатый разрыв шейки матки; рубцы.

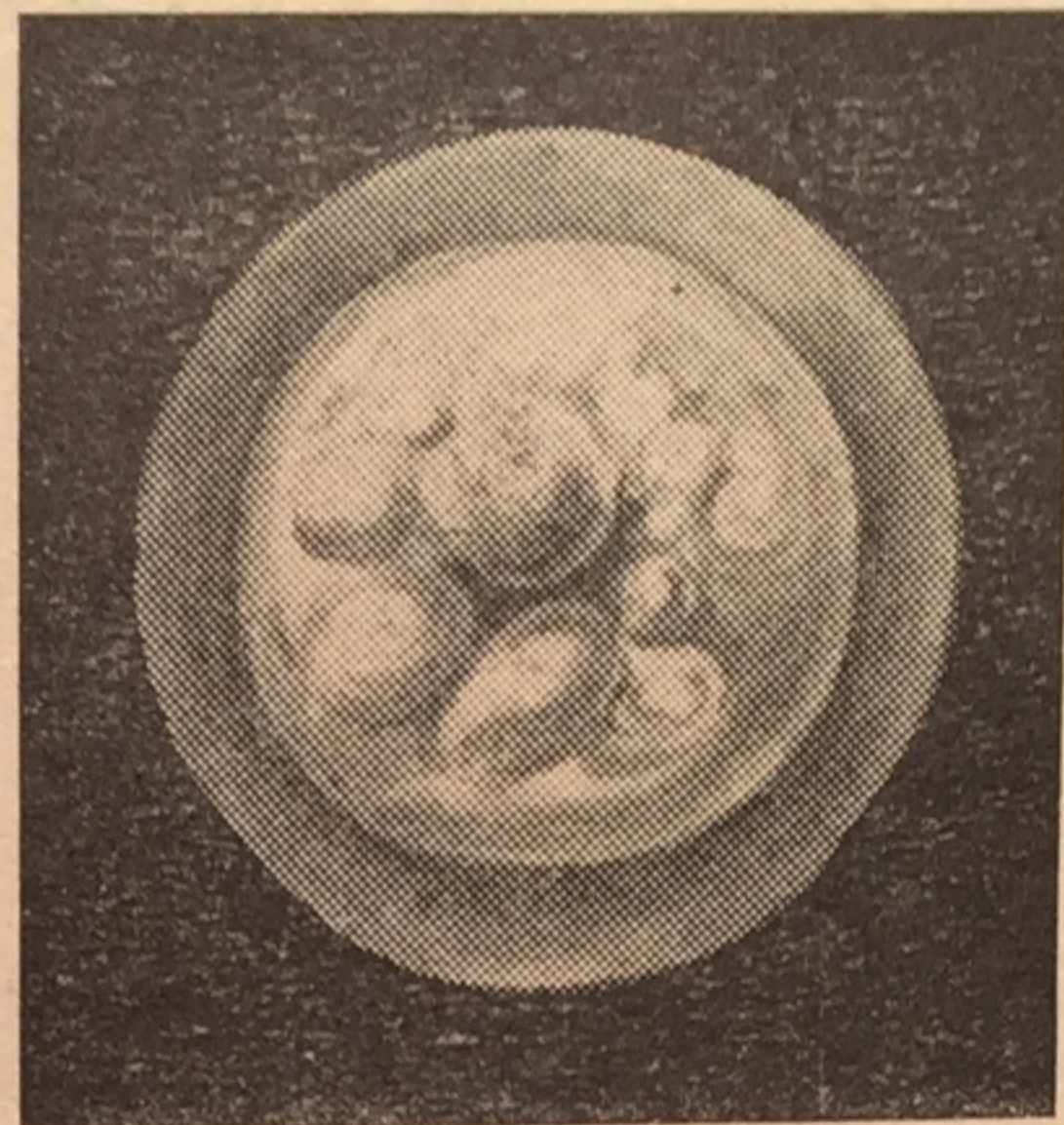


Рис. 27. Зияющий цервикальный канал шейки матки; кистозные изменения на шейке.

книзу и кзади. Между шейкой и телом матки имеется угол, открытый кпереди (к лону). Такая форма и положение матки обозначаются как *anteflexio-anteversio*, означающее, что матка согнута под углом, обращенным кпереди, и, кроме того, наклонена вперед. От этого нормального (типичного) положения матки наблюдается, как увидим дальше, целый ряд отклонений в виде различных перегибов и наклонов матки или смещений ее в ту или иную сторону, что заставляет изменять методику исследования. Так, например, при смещении матки кзади (а тем более при ее перегибе кзади) пальцы наружной руки не удастся завести на заднюю поверхность матки и техника исследования должна быть изменена в том смысле, что внутренней рукой, введенной в задний свод, ощупывается задняя поверхность матки, а наружной рукой — передняя (рис. 30).

Нормально матка взрослой женщины имеет форму груши, сплюсненной спереди назад; поверхность ее ровная, при ощупывании она безболезненна и допускает известную смещаемость во всех направлениях. Уменьшение матки физиологически наблюдается в климактерическом периоде. Из патологических состояний, сопровождающихся уменьшением матки, следует отметить инфантилизм и атрофию матки (при длительном кормлении грудью, после оперативного удаления яичников и пр.).

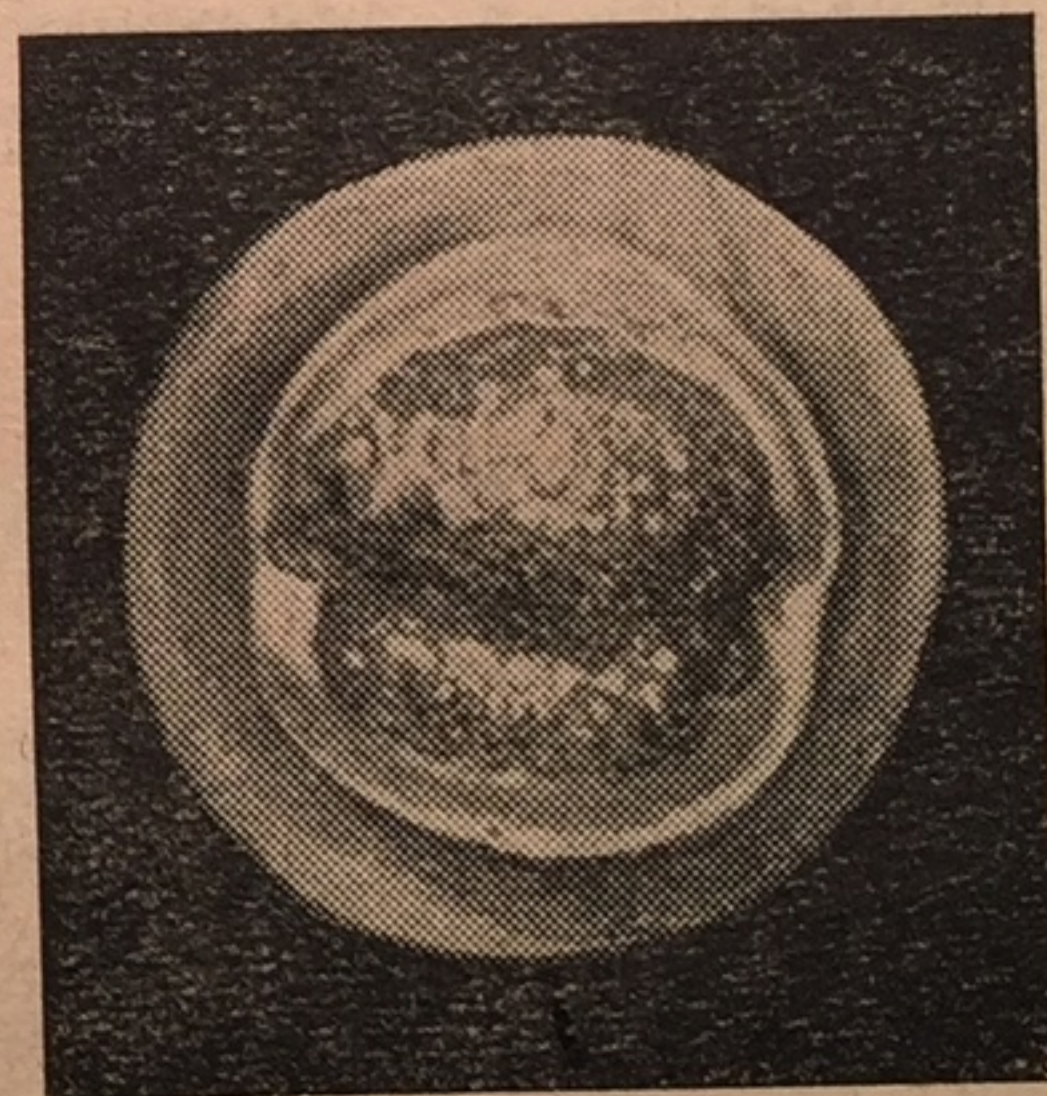


Рис. 28. Вид шейки матки при эпителиально-мышечной гиперплазии. Двусторонние боковые разрывы шейки матки.



Далее, в диагностическом отношении важно отметить консистенцию матки. Так, например, при фибромиомах она бывает плотной,

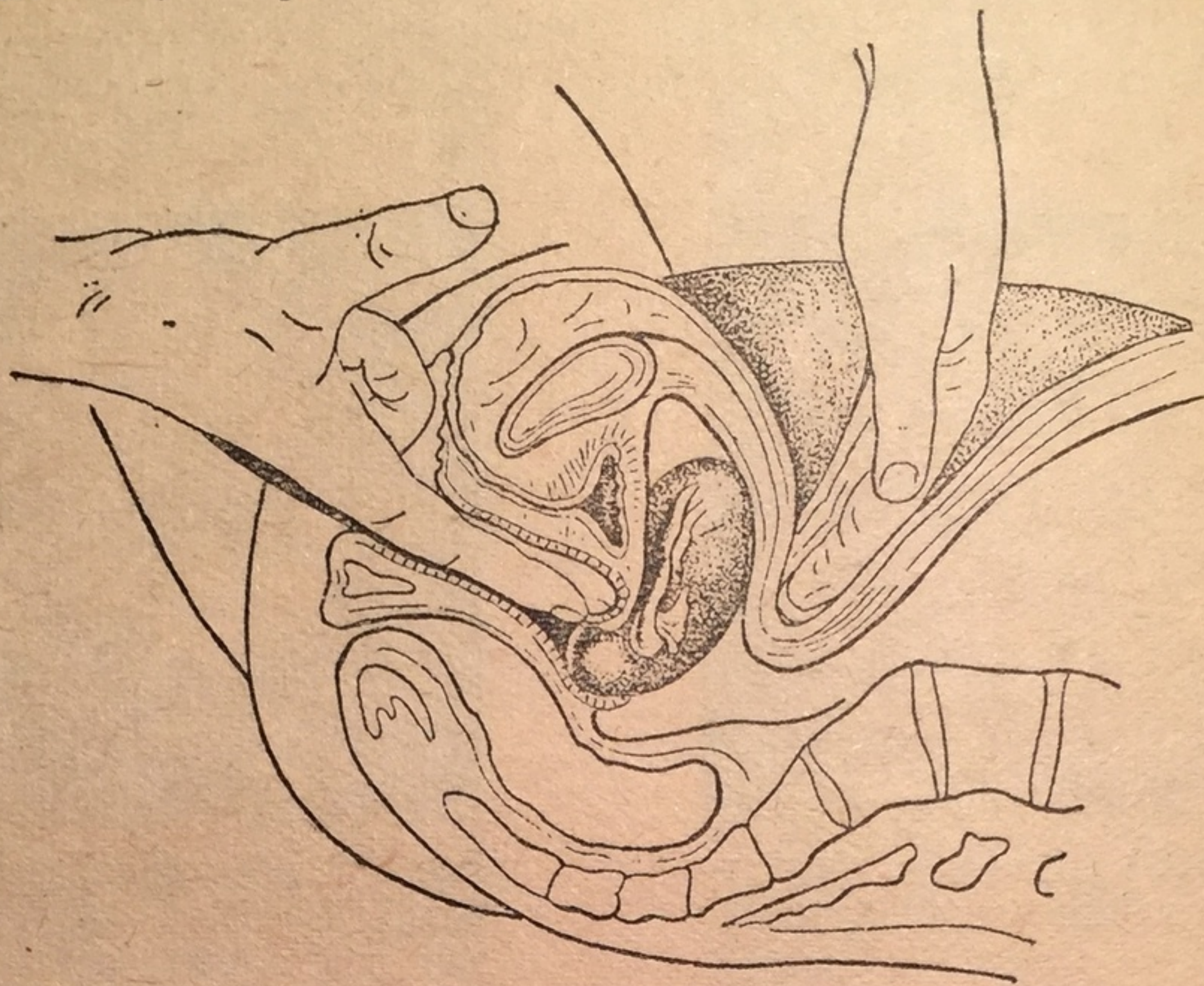


Рис. 29. Комбинированное влагалищно-брюшностеночное исследование. Ощупывание матки, лежащей в нормальном положении.

бугристой, во время беременности матка размягчается (тестоватая консистенция). Наконец, определяют подвижность матки, чувствительность к давлению, болезненность при смещении, отношение матки к опухолям в тазе, если таковые имеются.



Рис. 30. Комбинированное влагалищно-брюшностеночное исследование. Ощупывание матки при смещении ее кзади.

После исследования матки переходят к ощупыванию придатков (яичников и труб), а также клетчатки и брюшины (рис. 31). Связки,



консистен-  
т плотной,

клетчатка и придатки матки в норме настолько мягки и податливы, что прощупыванию не поддаются. Только в редких случаях удается прощупать нормальный яичник (чаще всего при его опущении) в виде тела миндалевидной формы, хорошо подвижного и чувствительного при ощупывании. Техника исследования придатков и определения состояния околоматочной клетчатки заключается в том, что пальцы введенной во влагалище руки помещаются в одном из боковых сводов, а наружной рукой производят давление на брюшную стенку вглубь, стараясь пальцы обеих рук свести вместе (что и удается, если нет увеличения придатков или инфильтратов

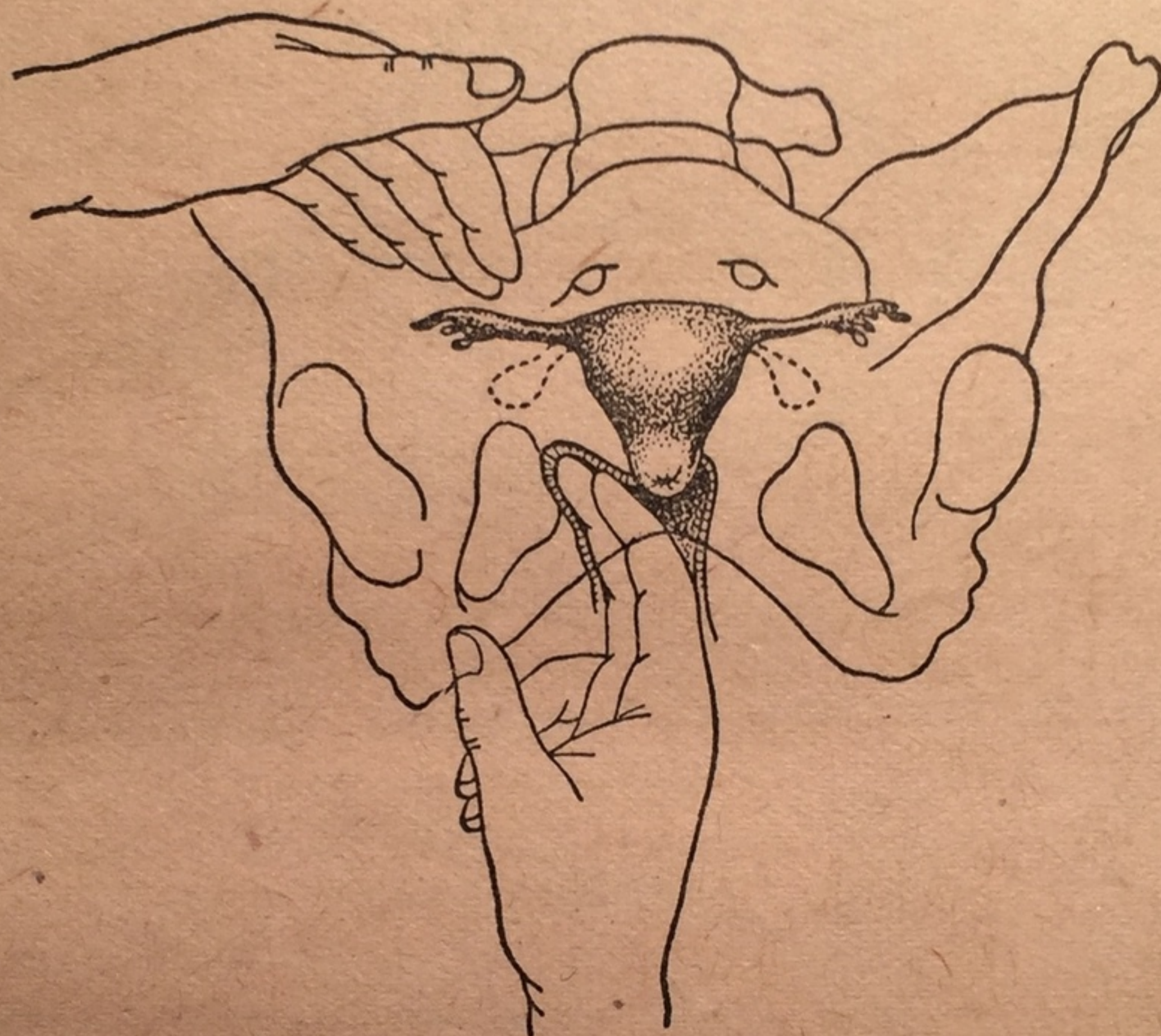


Рис. 31. Комбинированное влагалищно-брюшностеночное исследование. Ощупывание придатков (положение яичников изображено пунктиром).

в клетчатке). При воспалительных процессах в придатках, а также при новообразованиях последние иногда располагаются позади матки в дугласовом пространстве и легче определяются при ощупывании их через задний свод. Экссудаты малого таза, излившаяся при нарушенной внематочной беременности кровь также обычно скопляются в дугласовом пространстве, выпячивая задний свод и оттесняя матку кпереди (к лону).

Нужно помнить, что переполненная каловыми массами прямая кишка может симулировать наличие опухолей или инфильтратов. Здесь может помочь следующий простой прием: при давлении пальцем на скопившихся каловых массах остается углубление от давления, в то время как при опухолях или инфильтратах этого не наблюдается. Кроме того, назначение клизмы перед исследованием может гарантировать от подобной ошибки.

По окончании влагалищного исследования необходимо всегда обращать внимание на характер выделений, оставшихся на пальце.

датков  
вязки,



## Прямокишечное комбинированное исследование

В тех случаях, когда исследование через влагалище невозможно (у девственниц, при атрезиях влагалища), а также во всех тех случаях, когда необходимо более детальное обследование тазовых

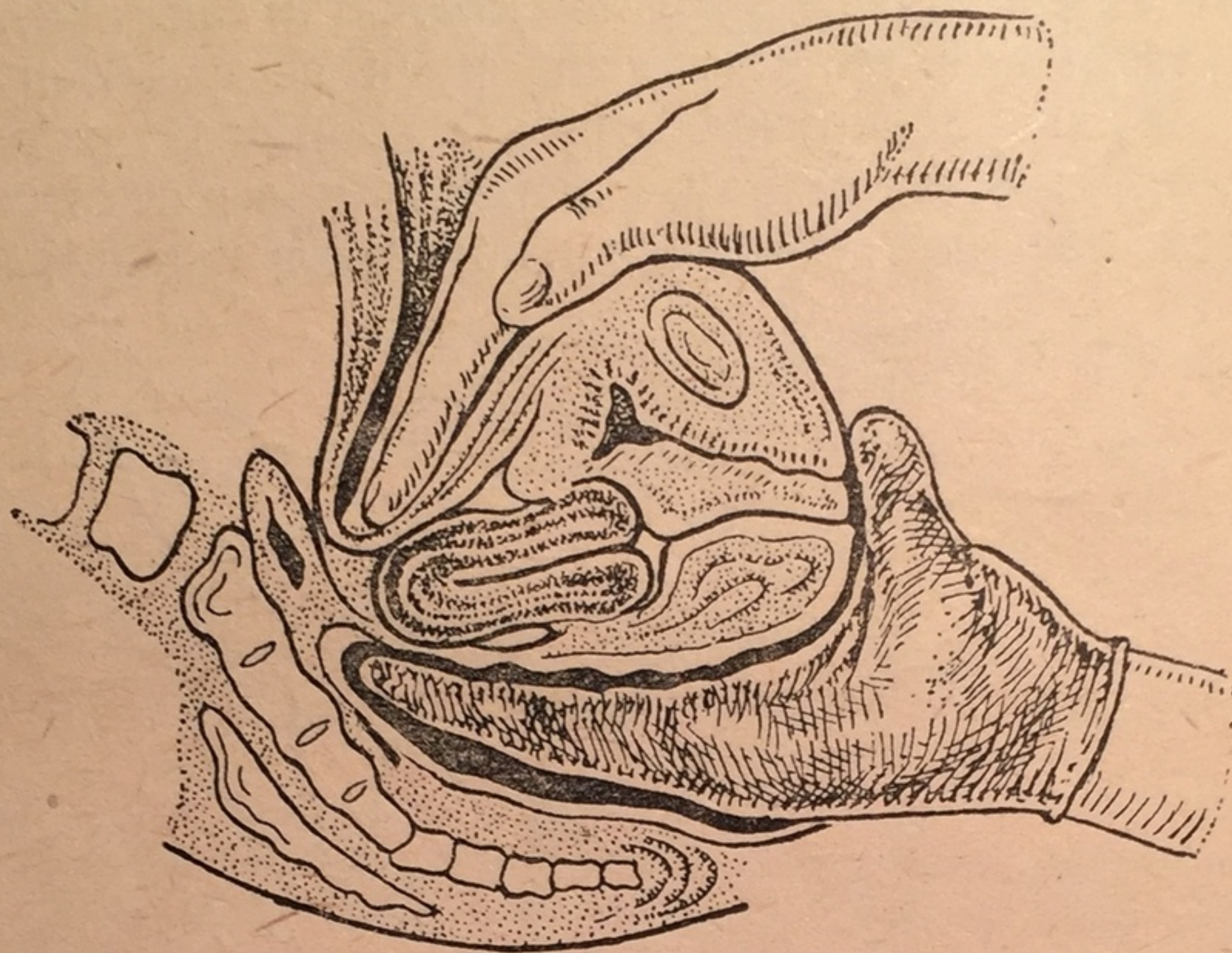


Рис. 32. Ректальное комбинированное исследование.

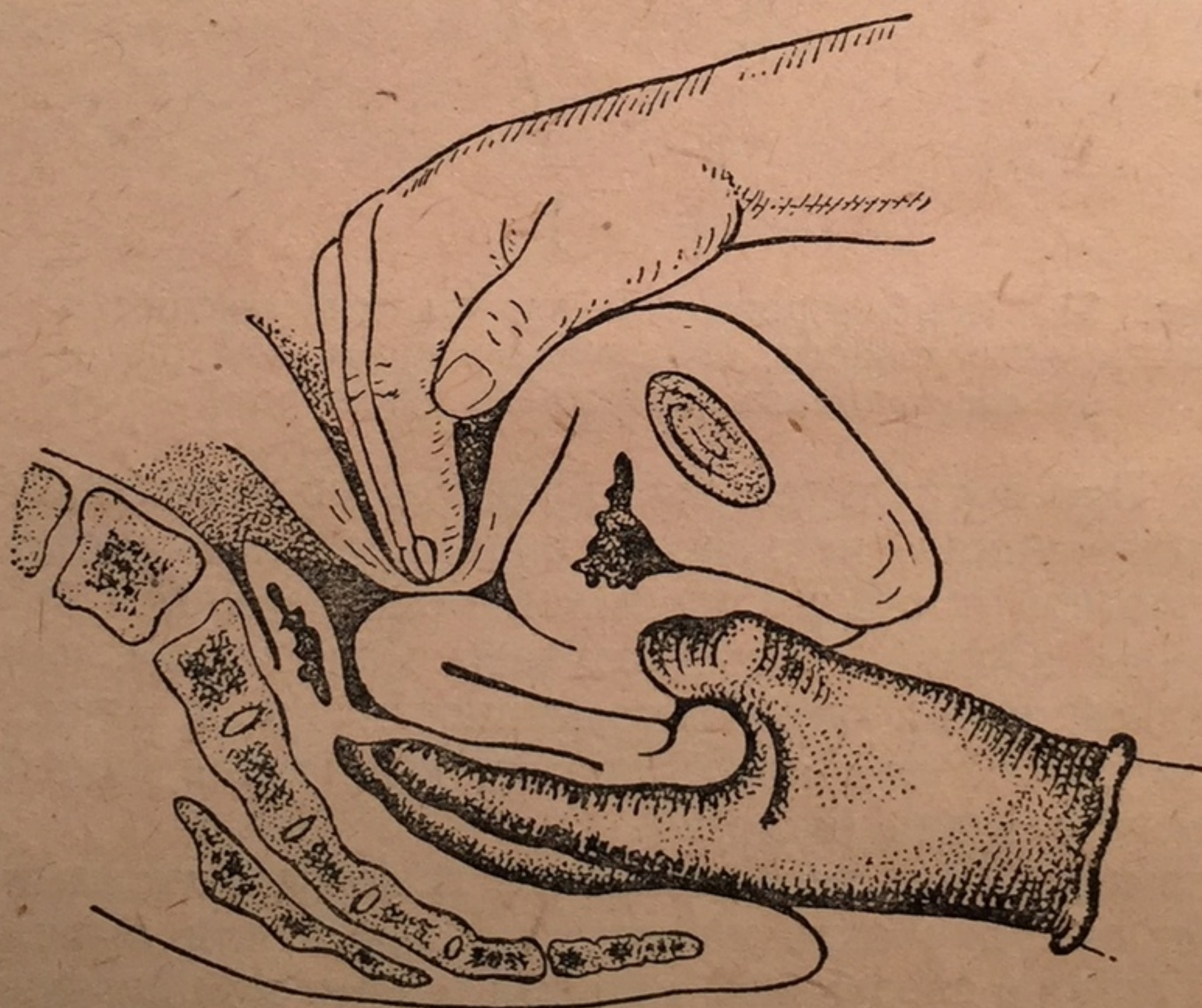


Рис. 33. Комбинированное прямокишечно-влагалищно-брюшностеночное исследование.

органов (состояния задних отделов клетчатки таза, крестцово-маточных связок и т. п.), производится исследование через прямую кишку.



Перед исследованием необходимо очистить кишечник клизмой. Исследование производится в резиновой перчатке или напальчнике одним пальцем, смазанным вазелином. Положение больной и положение рук такое же, как и при вагинальном исследовании (рис. 32).

В некоторых случаях приходится прибегать к ректально-влагалищному исследованию. При этом способе обследования во влагалище вводится указательный палец, в прямую кишку — средний палец руки, а другой рукой прощупывают тазовые органы через брюшные покровы. В некоторых случаях целесообразно во влагалище вводить большой палец, а в прямую кишку — указательный (рис. 33). При этом способе легче ориентироваться в положении инфильтратов и опухолей, имеющих отношение к прямокишечно-влагалищной перегородке.

### Осмотр с помощью инструментов

Обследование гинекологической больной не может быть ограничено только наружным и внутренним исследованием. Оно должно быть дополнено методами осмотра доступных зрению тазовых органов с помощью тех или иных инструментов.

Чаще всего производится осмотр при помощи зеркал. Врач, акушерка обязаны это исследование произвести у каждой гинекологической больной, явившейся по поводу того или иного заболевания в поликлинику, амбулаторию или здравпункт. Нередко только этим методом исследования могут быть выявлены подозрительные на злокачественность эрозии.

Влагалищные зеркала по их конструкции могут быть разделены на три типа: *цилиндрические, створчатые и ложкообразные*.

Цилиндрические зеркала (рис. 34) имеют вид трубок различных размеров, один конец которых имеет вид раструба, а другой скошен. Изготавливаются они из стекла, пластмассы или металла.

Исследование производится следующим образом: берут зеркало соответствующего размера правой рукой, вложив большой палец внутрь зеркала со стороны раструба (рис. 35). Большим и указательным пальцами левой руки раскрывают половую щель и вводят конец зеркала во влагалищный вход, отдавливая промежность и держа более длинную стенку зеркала кзади.

Так как область мочеиспускательного канала и клитора является наиболее чувствительной, то при введении зеркала необходима особая осторожность. Затем путем вращательных движений зеркало продвигают вглубь до тех пор, пока конец его не упрется

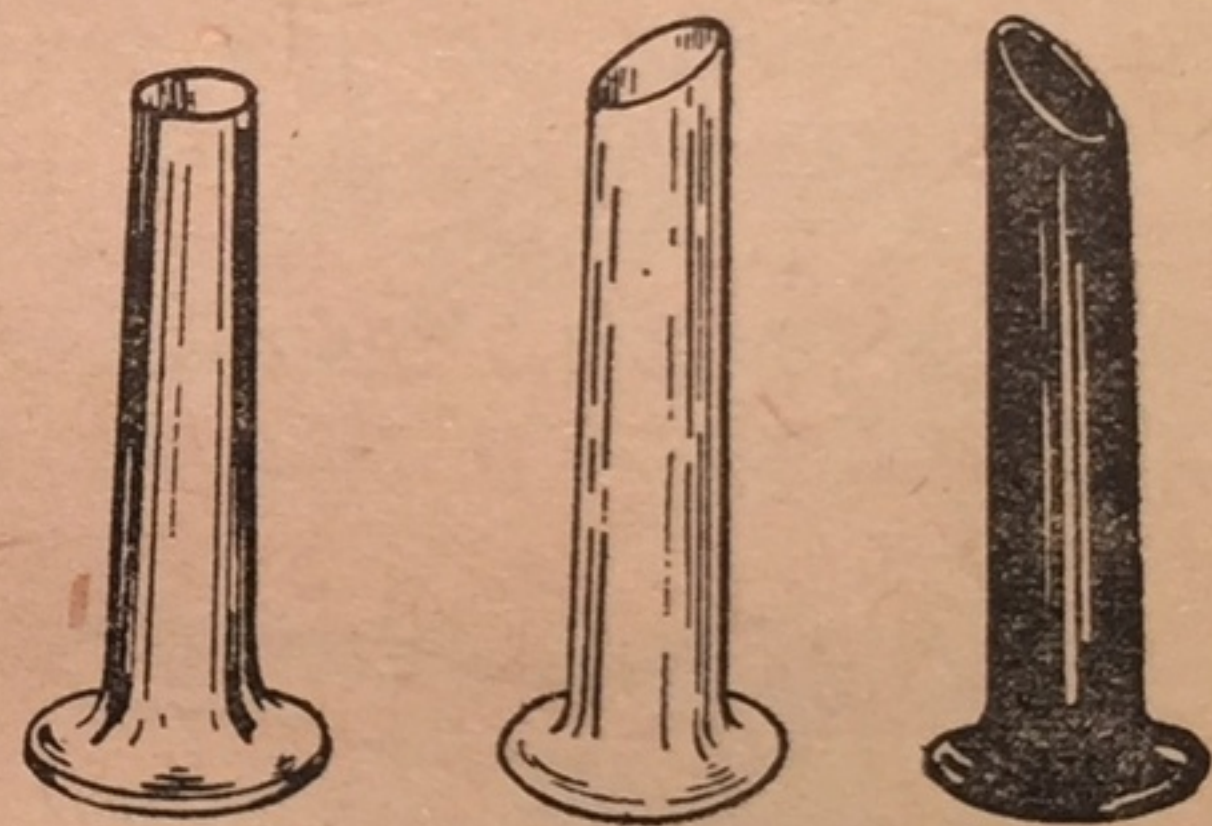


Рис. 34. Цилиндрические зеркала.



в своды, а влагалищная часть матки не вставится в просвет инструмента. Цилиндрические зеркала удобны не только для целей осмотра стенок влагалища и влагалищной части матки, но и для терапевти-

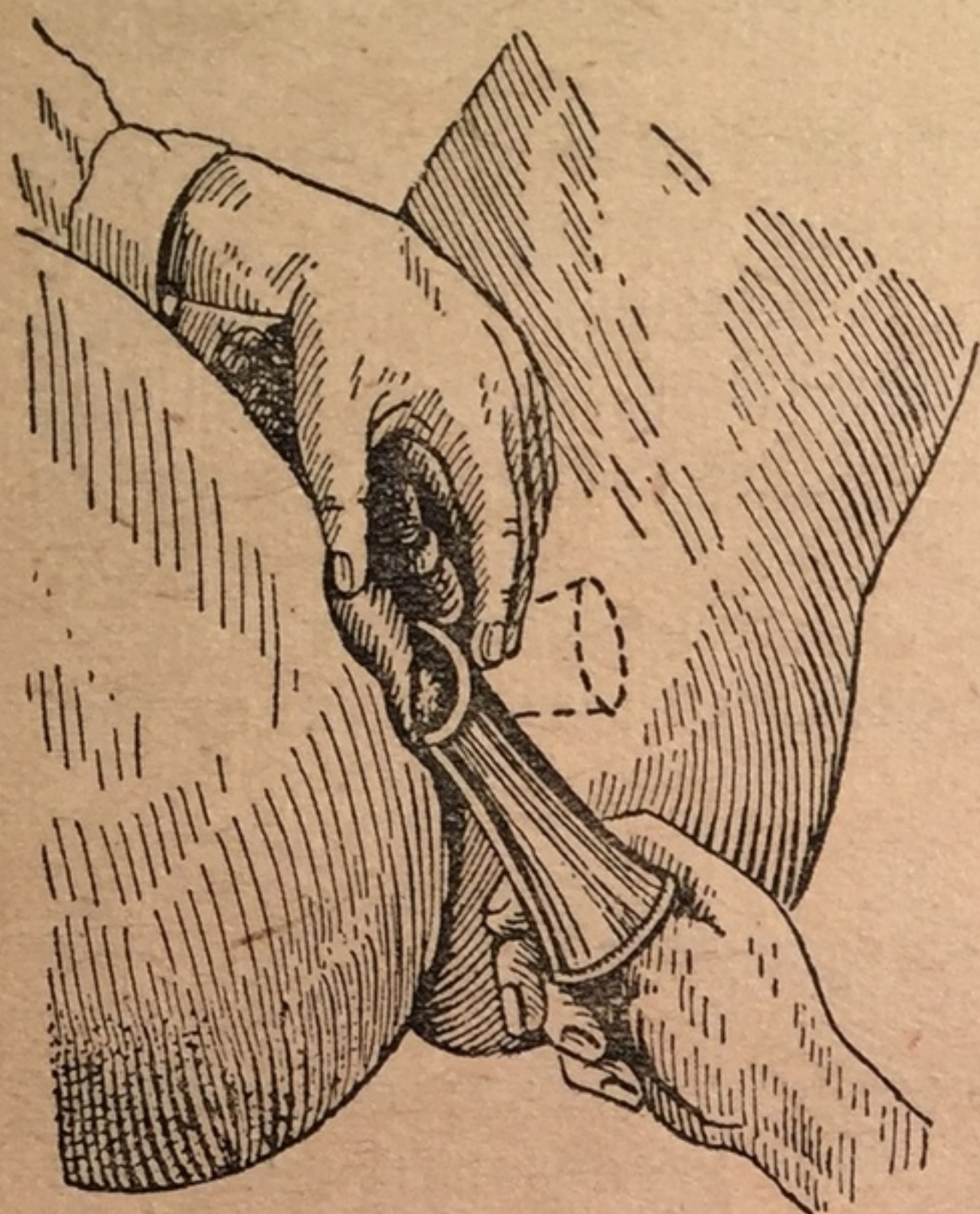


Рис. 35. Введение цилиндрического зеркала.

ческих целей, а именно для смазывания влагалищной части и пр.

Из раздвигающихся зеркал чаще всего применяются зеркала, изображенные на рис. 36 и 37. У первой модели зеркала (рис. 37) створки устроены таким образом, что при раздвигании их расширяется все влагалище, начиная от входа. У второй модели зеркала (рис. 36) та часть, которая находится во входе влагалища, не раздвигается, а раздвигаются только створки. Исследование этим зеркалом производится следующим образом: взяв правой рукой зеркало, большим и указательным пальцами левой руки раздвигают половые губы и вводят клюв зеркала во

влагалище, причем щель клюва должна располагаться косо по длиннику половой щели. Введя таким образом половину зеркала, его поворачивают так, чтобы одна створка была обращена кзади, а другая — кпереди. В таком положении продвигают зеркало в глубину; одновременно путем сближения ветвей рукоятки раскрывают его просвет. Раздвигающиеся зеркала удобны тем, что они легко стерилизуются и при их применении не требуется помощника.

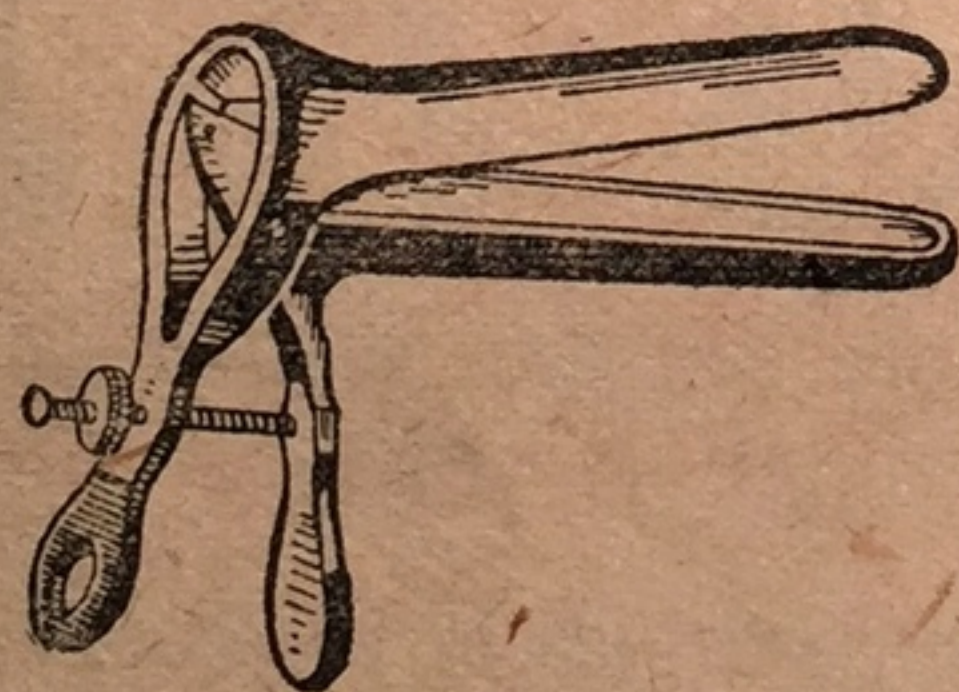


Рис. 36. Зеркало двустворчатое.



Рис. 37. Зеркало двустворчатое.

Ложкообразные зеркала состоят из ложки и рукоятки. Зеркала этого типа применяются наиболее широко: перемещая их по желанию, можно осмотреть все отделы влагалища, его стенки, своды и шейку матки. При осмотре влагалищной части шейки матки обращают внимание на форму, величину, окраску, длину передней и задней губ, форму наружного зева и имеющиеся изменения (разрывы шейки, эрозии, изъязвления, полипы и пр.). При помощи ложкаобразных зеркал мы можем манипулировать в глу-



бине влагалища и на шейке и сделать ту или иную влагалищную операцию. Зеркала бывают различной длины и формы. В некоторых моделях ложкообразных зеркал ложка образует с рукояткой

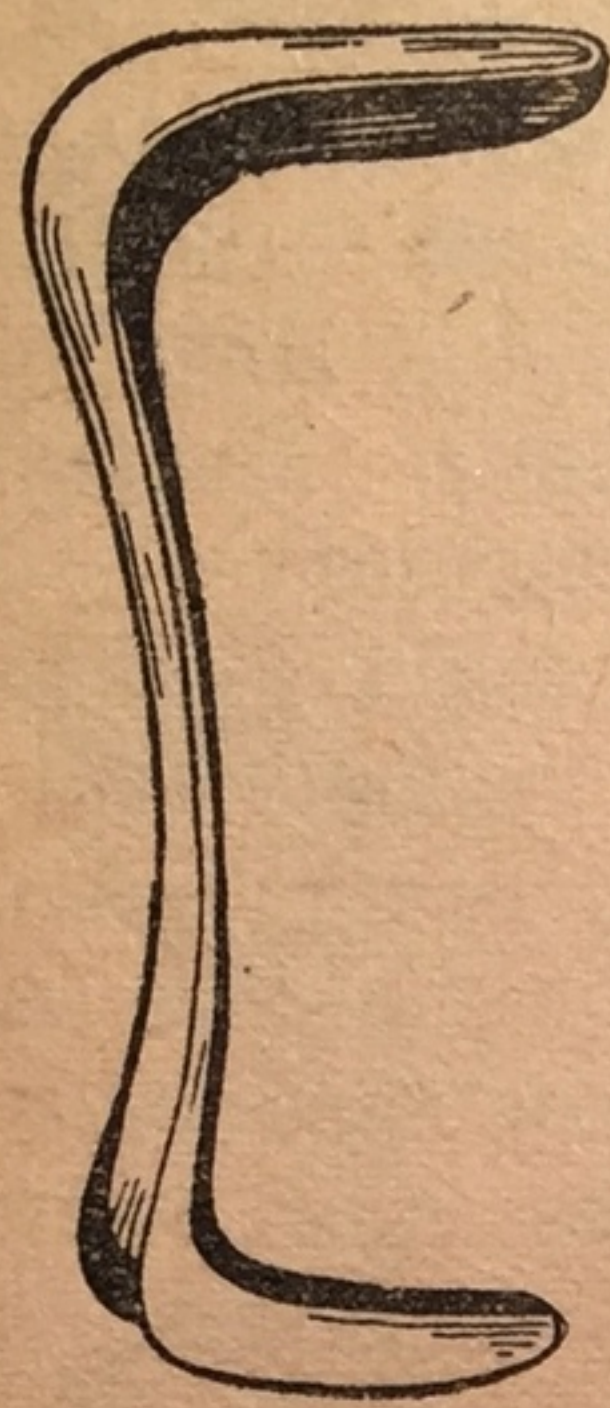


Рис. 38.

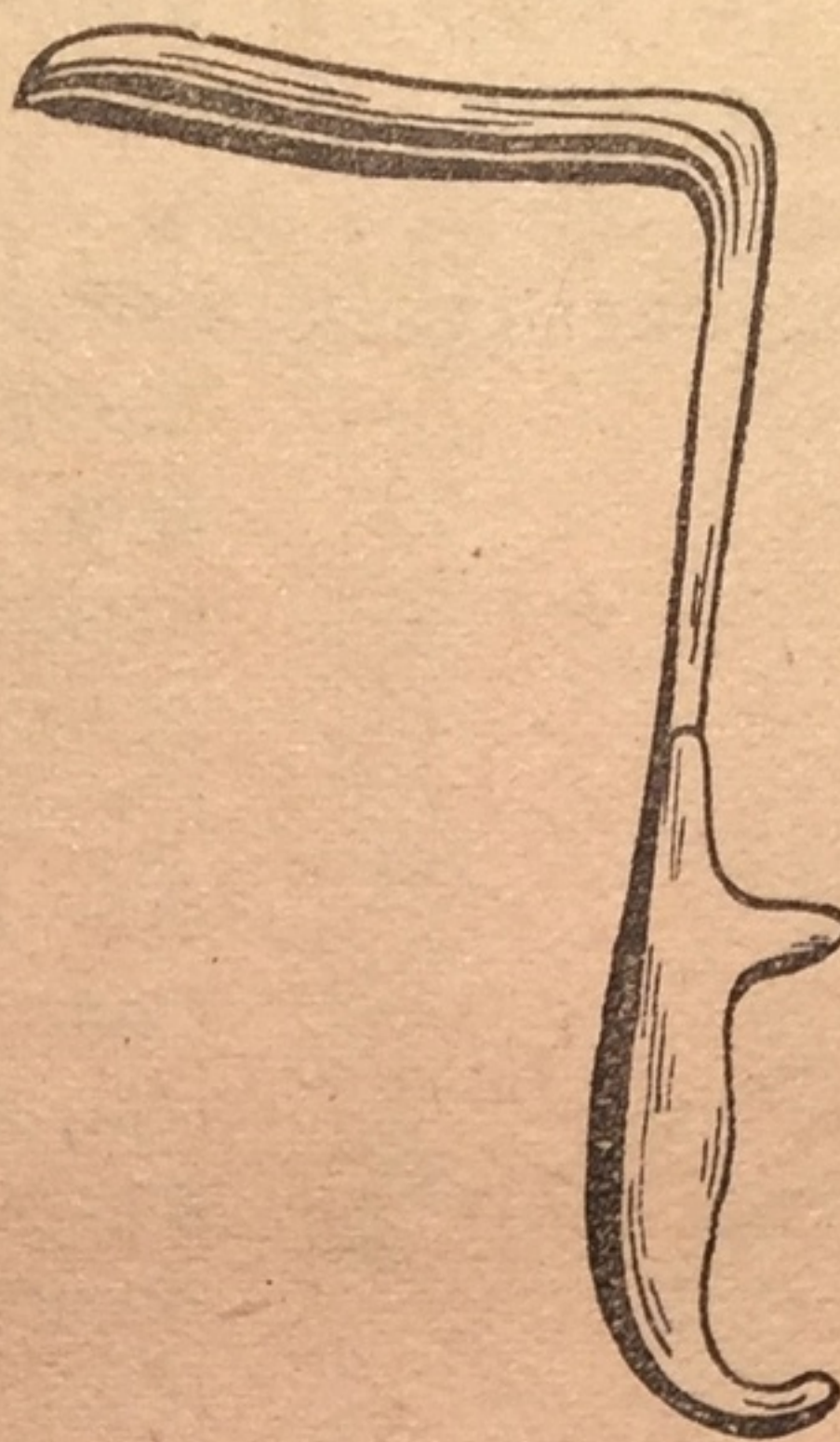


Рис. 39.



Рис. 40.

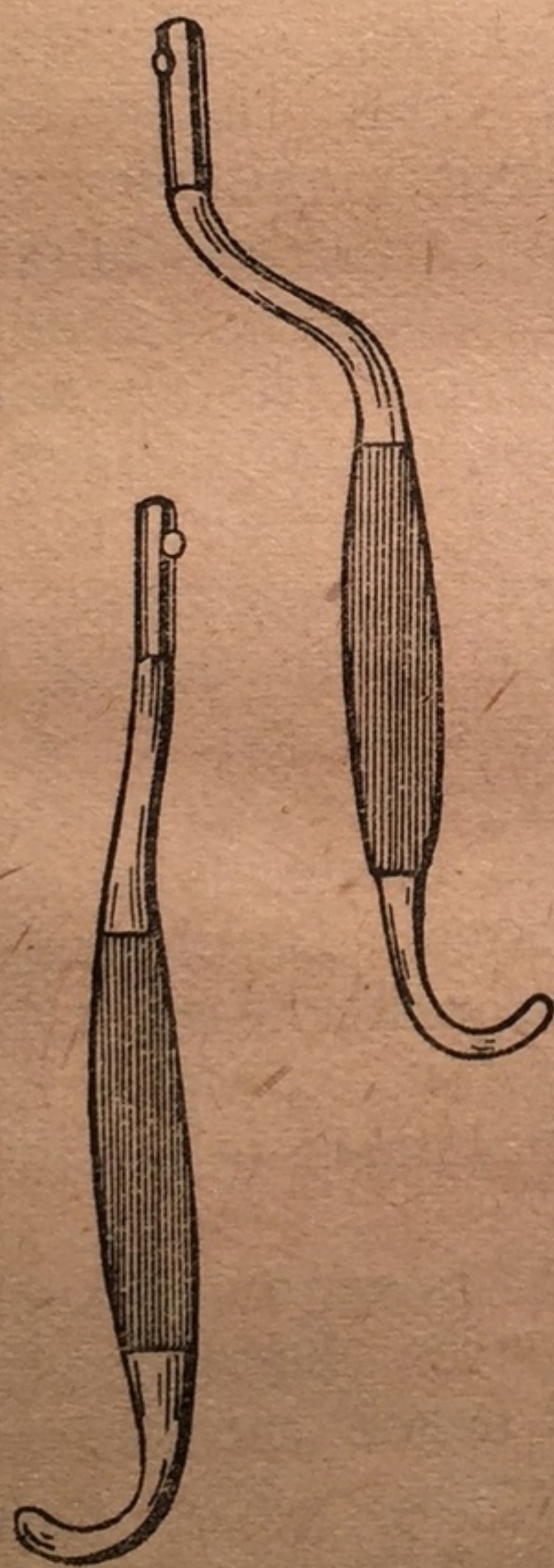


Рис. 41.

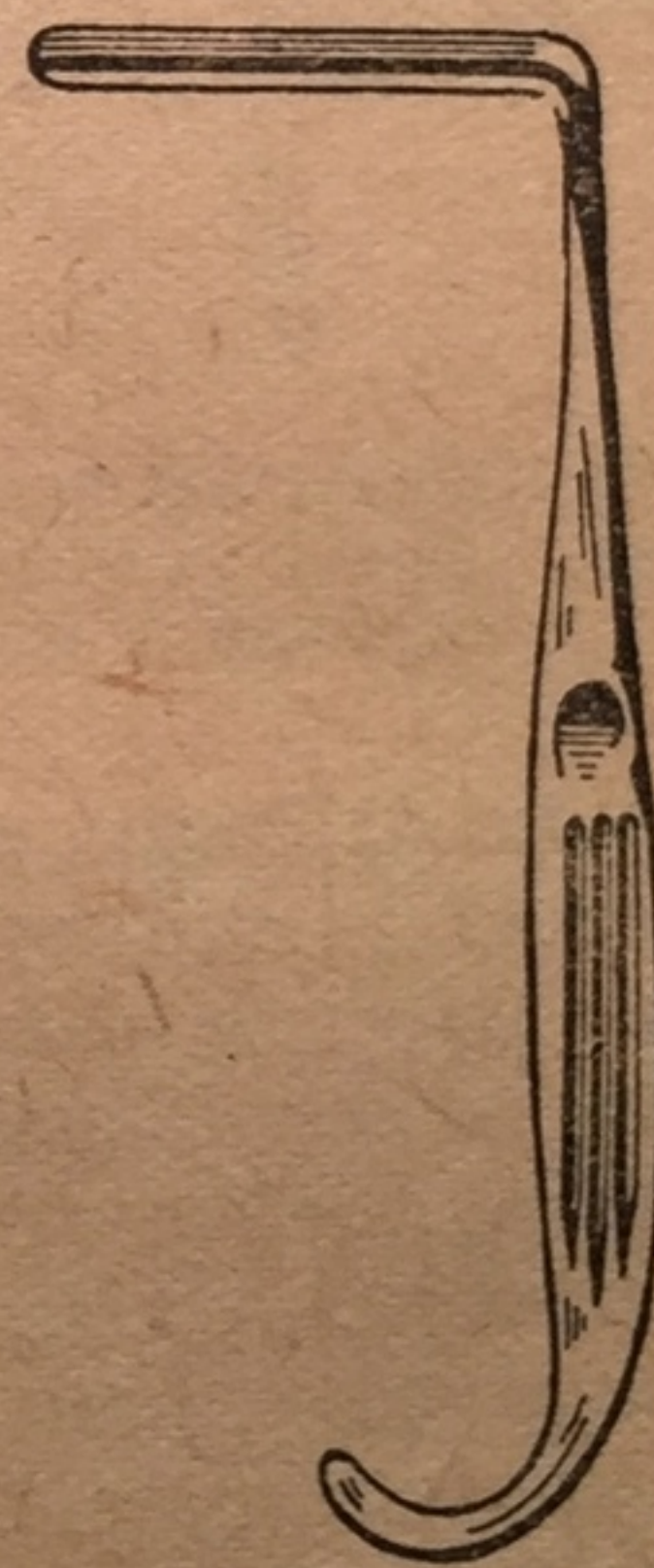
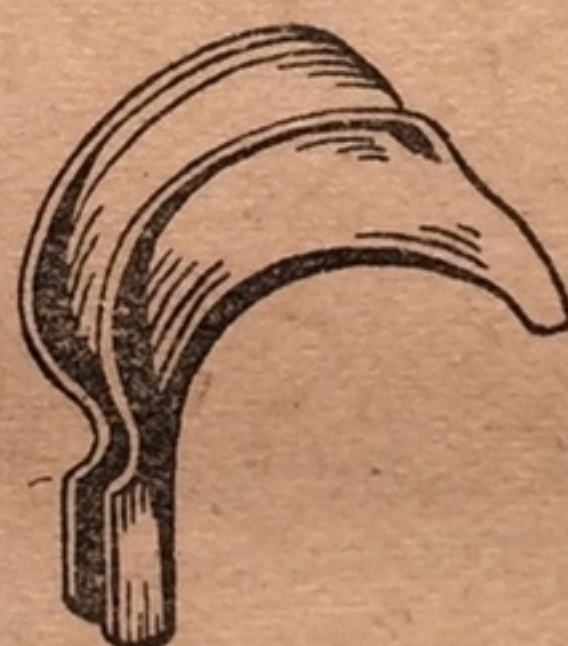
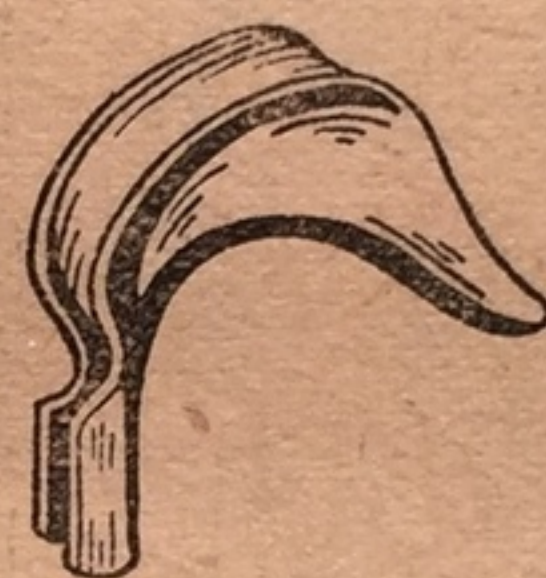


Рис. 42. Подъемник.

Рис. 38—41. Различные виды ложкообразных влагалищных зеркал (объяснения в тексте).

одно неразрывное целое: таковы, например, зеркала Симса (рис. 38) и Дуайена (рис. 39). В большинстве случаев применяются зеркала, ложка которых соединена с рукояткой посредством



замка; таковы зеркала Симона (рис. 40) и Фрича (рис. 41). При осмотре влагалища и влагалищной части шейки матки ложкообразными зеркалами необходимо иметь еще подъемник (рис. 42—43). Неудобство применения ложкообразных зеркал заключается в необходимости иметь помощника для их держания.

В целях диагностики пользуются для осмотра подозрительных эрозий на шейке матки и во влагалище особым прибором — кольпоскопом (рис. 44). Этот прибор позволяет детально осмотреть слизистую оболочку влагалища и шейки матки при увеличении в 10—15 раз и выявить наиболее подозрительные места, из которых необходимо взять кусочек для гистологического исследования (биопсия).

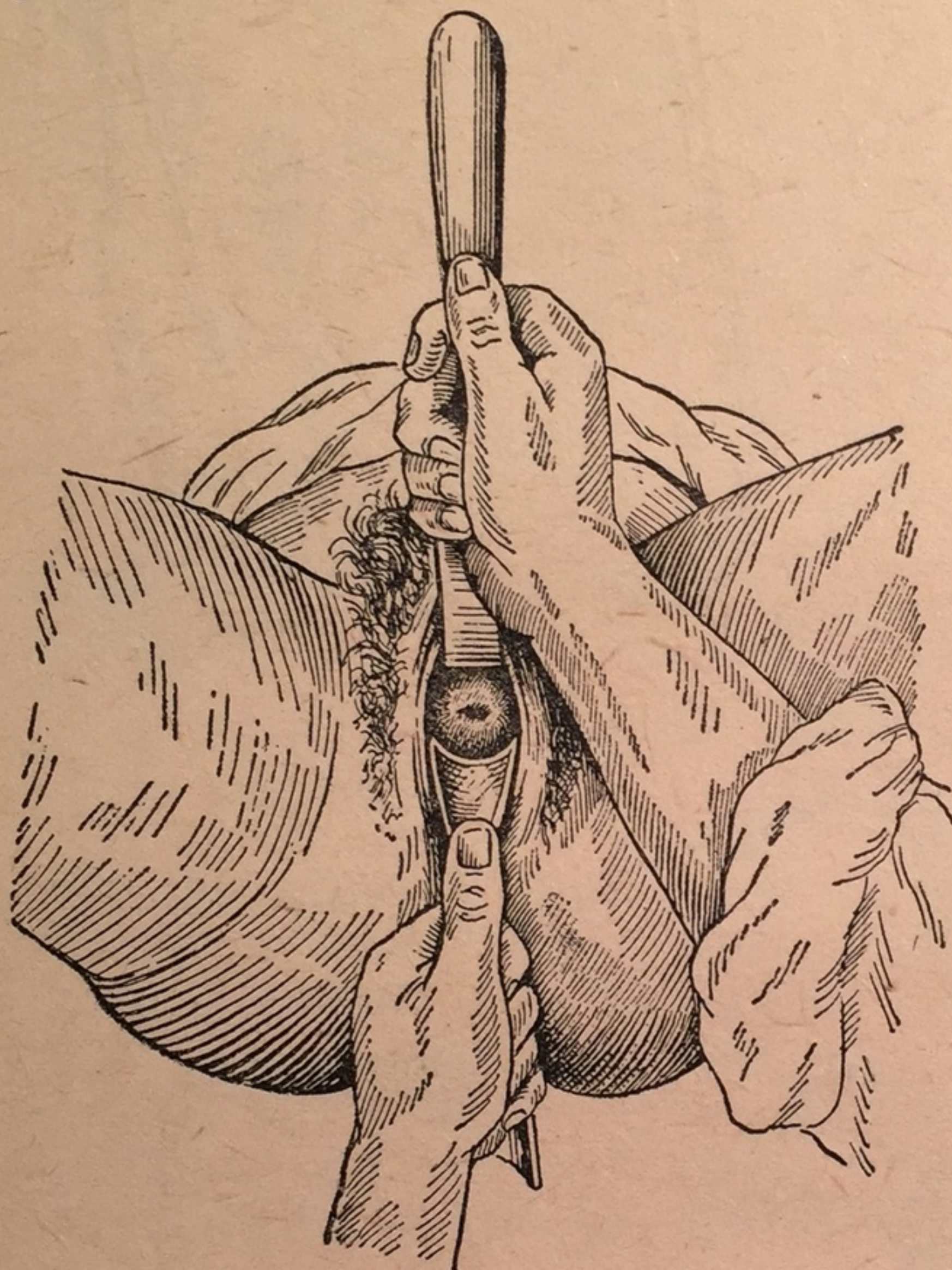


Рис. 43. Обнажение влагалищной части при помощи зеркал (введены ложкообразное зеркало и подъемник).

Для вытирания стенок влагалища, операционного поля при влагалищных операциях тампоны захватывают длинными щипцами — корнцангами или длинными пинцетами (20 см длины).

При исследовании зеркалами могут потребоваться и некоторые дополнительные инструменты, которые, так же как и зеркала, перед употреблением обязательно стерилизуются кипячением. Для протирания стенок влагалища и шейки

матки необходимы маленькие марлевые шарики, которые захватываются длинными гинекологическими пинцетами — анатомическими или хирургическими (рис. 45).

Для диагностических целей, а также для различных манипуляций на шейке последнюю иногда приходится фиксировать и приближать к входу во влагалище. Для этих целей употребляются или пулевые щипцы, имеющие по одному острому зубцу на каждой бранше (рис. 46), или щипцы Мюзе, имеющие на каждой бранше по два зуба в виде вилки (рис. 47).

В тех случаях, когда необходимо произвести смазывание тем или иным лекарственным веществом слизистой оболочки цервикального канала или матки, применяется длинная металлическая палочка, на тонком конце которой имеется нарезка, благодаря чему намотанная марля или вата держится крепко (рис. 48).

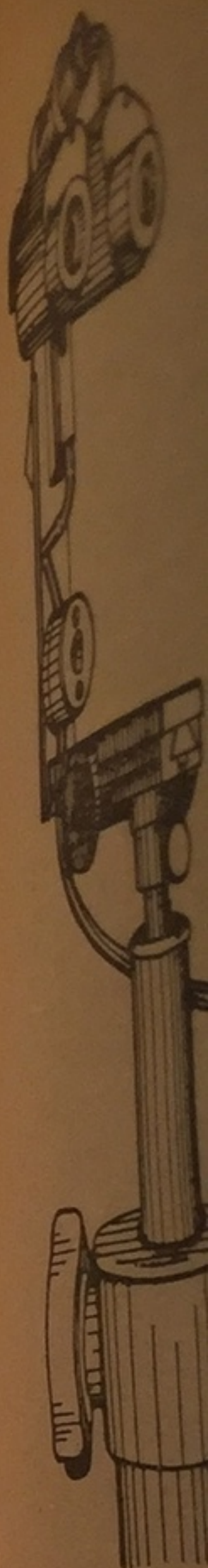


Рис. 44.



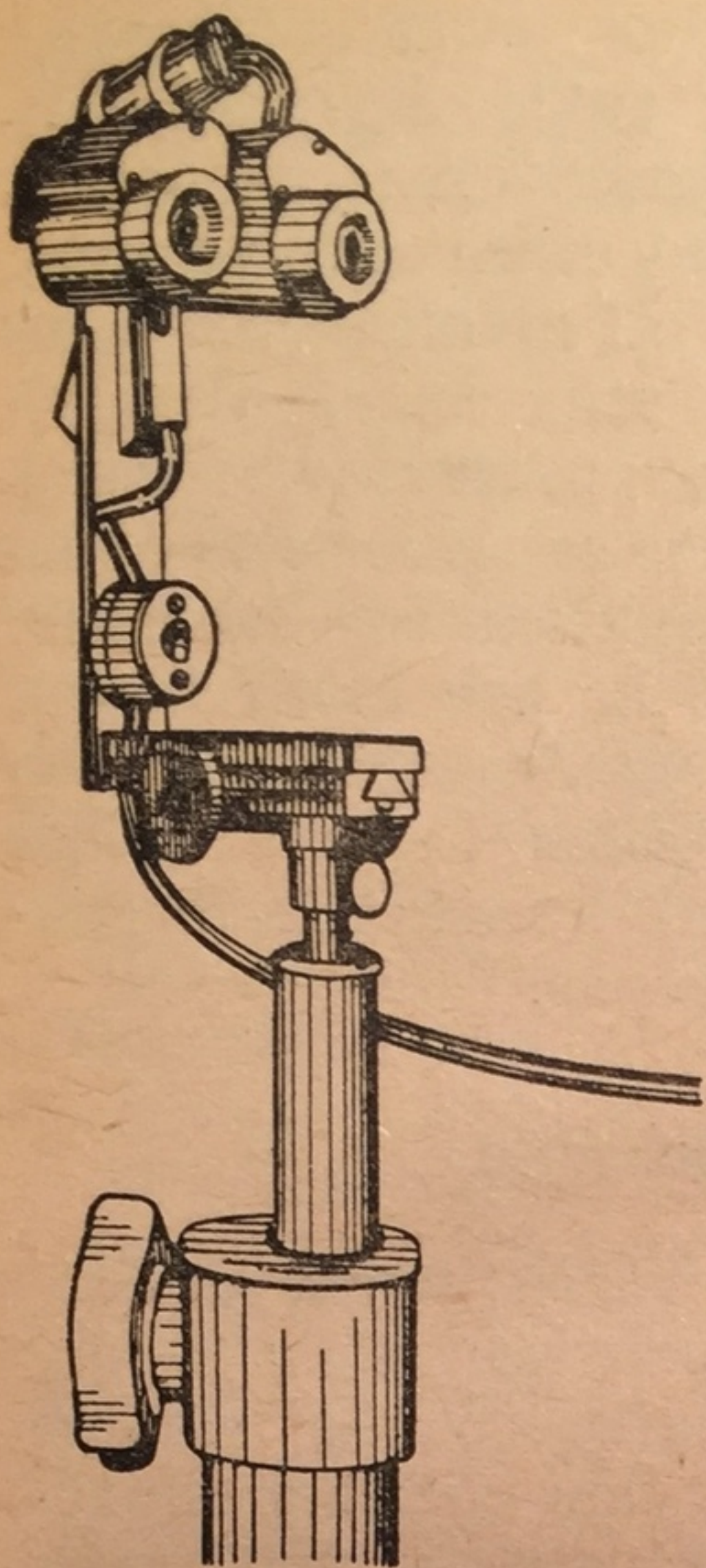
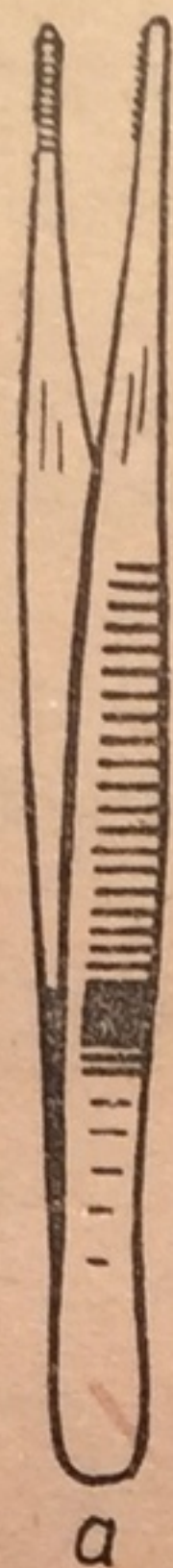
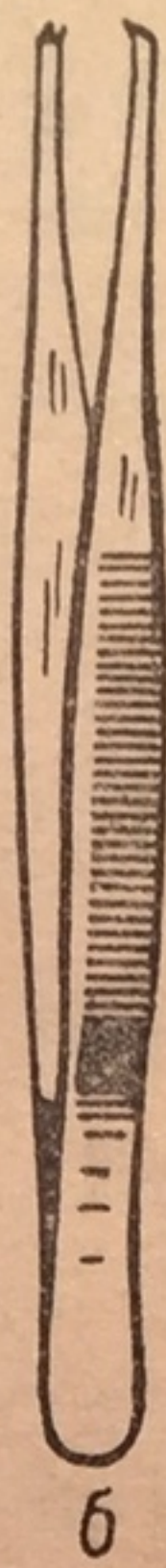


Рис. 44. Кольпоскоп.



а



б

Рис. 45. Пинцеты.

а — анатомический;  
б — хирургический.

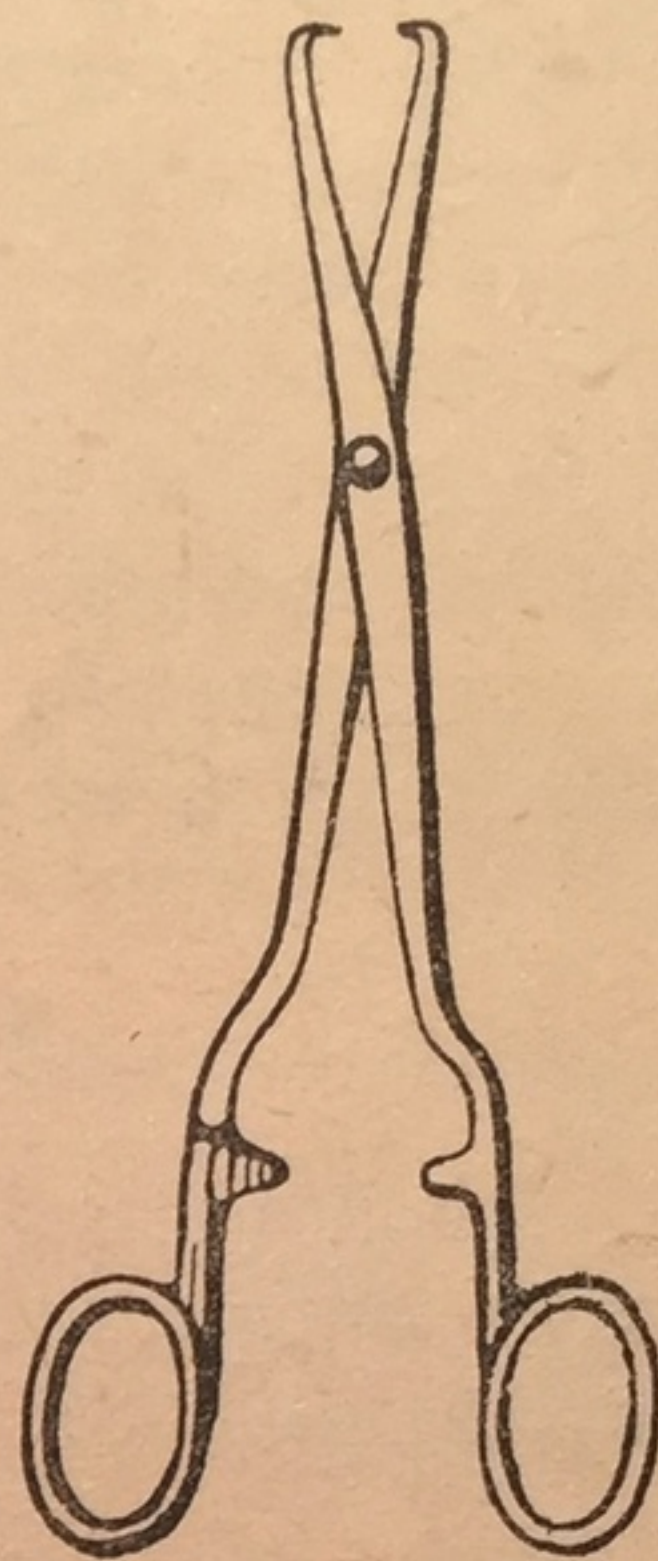


Рис. 46. Пулевые щипцы.

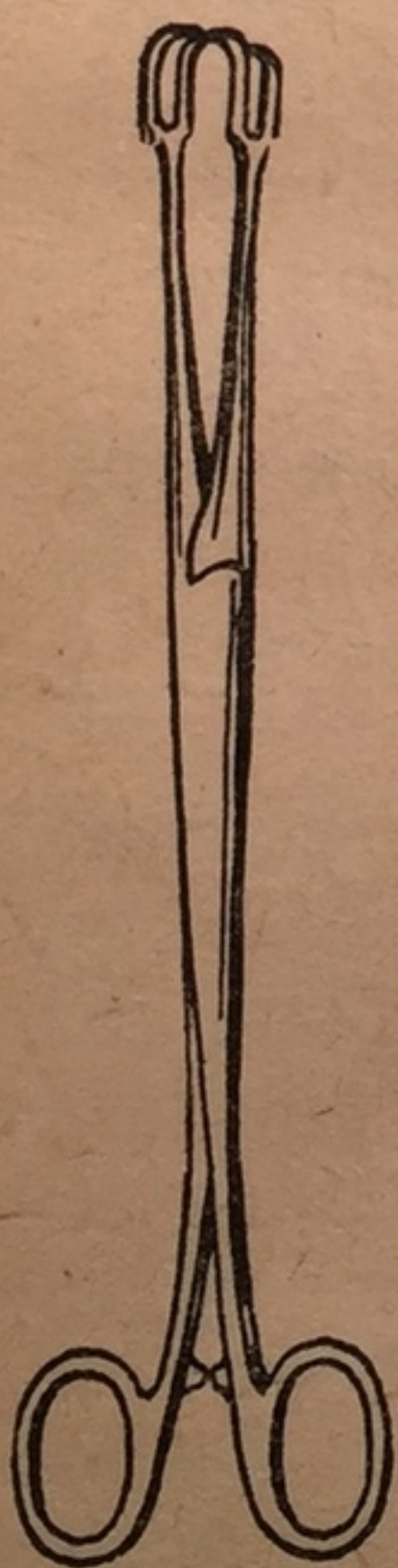


Рис. 47. Щипцы двузубчатые острые.



Рис. 48. Металлическая палочка с нарезкой.

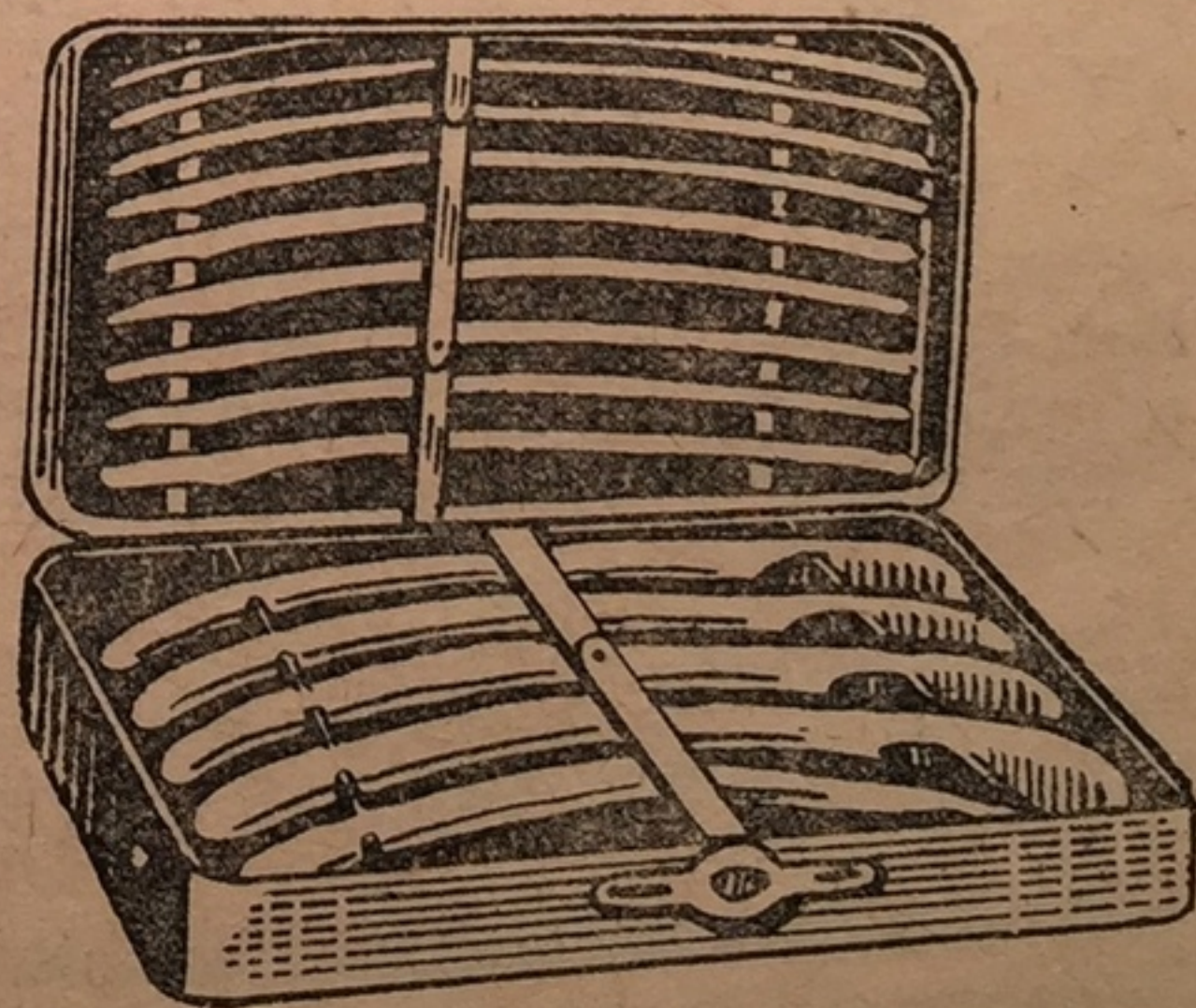


Рис. 49. Набор расширителей канала шейки матки.



В некоторых случаях для диагностических целей (обследование полости матки при помощи утероскопа, кюрископа, зондирования), а также при терапевтических вмешательствах (впрыскивание в полость матки иода и других лекарственных веществ, пробное выскабливание, введение радия и т. п.) применяется предварительно расширение шейки матки. Для этих целей употребляются расширители Гегара (рис. 49). Они представляют собой цилиндрические, согнутые несколько по оси металлические палочки с конически суживающимися и закругленными концами. Другой конец расширителя плоско срезан, и на нем стоит номер, который показывает диаметр расширителя в миллиметрах. Обычно набор расширителей начинается с № 3. Номера бывают целые и с половинами (например, № 4, 4½, 5 и т. д.). Расширители складываются и подаются врачу по порядку номеров.

### Дополнительные методы исследования

**Зондирование матки.** В тех случаях, когда необходимо определить длину полости матки, проходимость и длину цервикального канала или получить ориентировочные данные о конфигурации полости матки при наличии опухолей (в частности, субмукозных фибромиом), прибегают к зондированию матки.

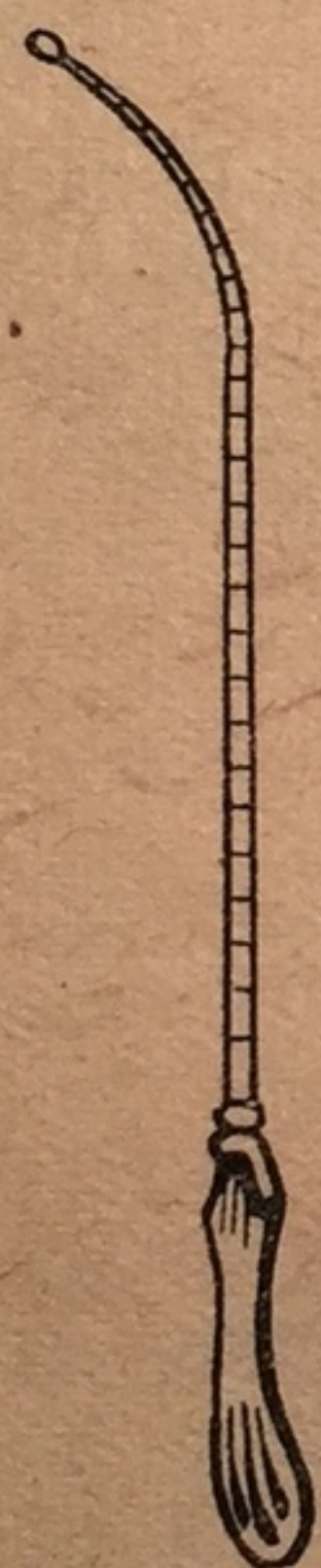


Рис. 50. Маточный зонд с делениями.

Для зондирования матки должны быть приготовлены следующие инструменты: ложкообразные зеркала, подъемник, две пары пулевых щипцов, длинный анатомический пинцет и маточный зонд.

**Маточный зонд** (рис. 50) представляет собой гибкий металлический прут длиной около 30 см и толщиной 2,5 мм, имеющий на одном конце оливкообразное утолщение, а на другом — плоскую рукоятку. На зонд нанесены сантиметровые деления; на расстоянии 7 см от головки имеется небольшое утолщение в виде бугорка, и в этом же месте зонд имеет изгиб кпереди соответственно нормальному углу между шейкой и телом матки.

Все инструменты должны быть перед употреблением тщательно простерилизованы кипячением, руки исследующего и его помощников должны быть подготовлены так же, как для хирургического вмешательства. Больная укладывается на гинекологическое кресло; после опорожнения мочевого пузыря влагалище готовится так же, как для операции выскабливания (стр. 286).

Техника зондирования заключается в следующем. По введении во влагалище зеркал захватывают пулевыми щипцами за переднюю губу влагалищную часть шейки матки, после чего подъемник удаляется. Потягивая на себя пулевыми щипцами шейку матки, исследующий осторожно вводит зонд в цервикальный канал. В области внутреннего зева обычно встречается небольшое



сопротивление к дальнейшему продвижению зонда. Нужно помнить, что насильственное преодоление этого препятствия недопустимо.

Осторожными движениями рукоятки вверх или вниз (в зависимости от положения матки и величины угла между шейкой и телом) стараются без всякого насилия миновать внутренний зев и ввести зонд в полость матки.

Вся операция зондирования матки должна быть проведена в условиях тщательной асептики. Нужно помнить, что всякие погрешности в соблюдении правил асептики и техники зондирования могут вести к очень тяжелым осложнениям (перфорация матки, кровотечение, инфекция). Зондирование противопоказано при наличии воспалительных процессов в цервикальном канале и в матке, а также при подозрении на беременность.

Все сказанное заставляет признать этот метод исследования очень ответственным, допустимым к производству только врачом и в условиях надлежащей асептической обстановки.

*Пробный прокол* заднего свода влагалища применяется с целью диагностики нарушенной внематочной беременности, сопровождающейся кровотечением в полость малого таза, или с целью установления характера скопившейся в малом тазу жидкости (гной, экссудат) при воспалительных процессах в брюшине. Из-за опасности внесения инфекции и возможной диссеминации опухоли не следует пользоваться этим методом для определения характера содержимого опухолей (кист), располагающихся в дугласовом пространстве.

Подготовка инструментария, персонала и больной при этой операции производится по всем правилам асептики и антисептики, как при всякой другой влагалищной операции. Для этой операции необходимо приготовить следующие инструменты: влагалищные зеркала (ложкообразные и плоские), два подъемника, две пары пулевых щипцов, два длинных пинцета, шприц емкостью 10 или 20 мл, длинную толстую иглу к нему (12—15 см).

Техника пробного прокола (пробной пункции) состоит в следующем. После соответствующей подготовки влагалища (обмывания слизистой оболочки спиртом и смазывания йодной настойкой) по обнажении влагалищной части шейки матки зеркалами шейка захватывается пулевыми щипцами за заднюю губу и отводится кпереди, чтобы сделать задний свод максимально доступным для вмешательства. Иглой, насаженной на шприц, прокалывается стенка заднего свода строго по средней линии, отступя на 1 см от шейки матки. Потягиванием поршня набирается в шприц содержимое дугласова пространства, и игла вынимается. Отверстие, оставшееся в стенке свода после извлечения иглы, смазывается йодом. Полученная жидкость (кровь, гной, экссудат) отсылается в лабораторию для исследования.

Из других дополнительных методов исследования, применяемых в гинекологической практике, необходимо отметить следующие.

1. *Пробное выскабливание* с последующим гистологическим исследованием полученного соскоба; этот метод чрезвычайно ценен при распознавании злокачественных опухолей тела матки.



2. *Пробная эксцизия* (вырезывание) кусочков из опухолей производится в целях диагностики новообразований, обнаруживаемых при осмотре наружных половых органов, влагалища и шейки матки.

3. *Цистоскопия*; этот метод исследования в гинекологической практике производится довольно часто как для установления характера изменений в слизистой оболочке пузыря при заболеваниях последнего, так и при заболеваниях соседних органов, например для решения вопроса о распространении злокачественных опухолей половых органов на пузырь, при подозрении на перфорацию гнояников таза в пузырь и т. п. Для производства цистоскопии, кроме цистоскопа, необходимо приготовить катетер, 3% раствор борной кислоты для наполнения пузыря (500 мл), чистый спирт для протирания цистоскопа (*оптические инструменты кипятить нельзя*).

Наконец, в некоторых случаях для решения вопроса о причинах бесплодия производится *исследование проходимости труб путем их продувания* (для чего существует особый прибор) или путем сальпингографии.

Последний метод исследования заключается в получении рентгенограмм труб после введения в полость матки контрастных веществ (иодолипол, бромистый натрий), проникающих в трубы и дающих на рентгенограмме тени, по которым можно судить о проходимости труб или отсутствии таковой (стр. 147).

### Лабораторные методы исследования

Данные лабораторных исследований помогают нам не только поставить диагноз того или иного заболевания, но иногда позволяют высказать предположение о вероятном течении и исходе заболевания, наметить план лечения, выбрать наиболее подходящее время для оперативного вмешательства и т. д.

В гинекологической практике чаще всего приходится иметь дело с исследованием влагалищной флоры как с целью нахождения возбудителя заболевания при тех или иных воспалительных процессах, так и с целью определения состояния влагалищного содержимого, например, перед оперативным вмешательством.

Перед взятием мазка для исследования больная не должна спринцеваться, а в случае, если необходимо исследовать выделения из уретры, то и опорожнить мочевой пузырь перед исследованием, так как после смывания выделений мочой или дезинфицирующими веществами бактерии в мазке могут отсутствовать.

Для исследования берут мазки из мочеиспускательного канала, из нижней и верхней третей влагалища, цервикального канала и иногда из полости матки. Перед взятием мазка следует приготовить стерильные зеркала, чистые предметные стекла, спиртовую горелку и металлическую петлю, впаянную в стеклянную палочку длиной 15—17 см; перед употреблением петлю прокаливают на спиртовой горелке. Кроме петли, выделения можно брать при помощи



желобоватого зонда и маленькой тупой ложечки, которая особенно удобна для взятия выделений из уретры и канала шейки матки.

Больная укладывается на гинекологическом столе в положении с согнутыми в коленях ногами. Разведя половые губы пальцами, ушком петли, прокаленной на горелке (и затем охлажденной), берут выделения из уретры и наносят их тонким слоем на предметное стекло. Для получения выделений из верхних отделов влагалища вводят зеркала и металлической петлей берут отделяемое. Если нужно взять выделения из канала шейки матки, то влагалищная часть матки обнажается зеркалами и вытирается спиртом, чтобы не занести петлей инфекции в глубину канала шейки матки.

Для получения выделений из полости матки необходима тщательная дезинфекция наружных половых частей и влагалища. По обнажении зеркалами шейки матки последнюю захватывают пулевыми щипцами; область наружного зева и цервикальный канал протирают спиртом. Затем осторожно вводят в полость матки тонкую стеклянную стерильную трубочку, на которую надевается резиновая трубка с баллоном, и в нее насасываются выделения из матки. Из полученных тем или иным способом выделений готовят мазки на предметных стеклах и посылают для исследования.

Необходимо отметить, что показания к исследованию выделений из полости матки возникают редко. Этот метод исследования может осуществляться только врачом.

Для более точного определения характера возбудителя того или иного заболевания (определение морфологических и биохимических свойств возбудителя, роста его на питательных средах, отношения к краскам и т. д.) производят посев выделений. Для этой цели пользуются обычно мясным бульоном, агаром, асцитической жидкостью и т. п. Выделения берутся также петлей с соблюдением тех же условий, как и при взятии мазка, засеваются в пробирку с бульоном или на агар в чашках Петри и ставятся в термостат. Как только засеянный материал даст рост колоний (через 1—2 суток), делают на предметных стеклах мазки из выросших колоний и исследуют их под микроскопом, а в случае необходимости производят пересевы на другие специальные среды.

В тех же целях диагностики и выбора способа лечения, а также для оценки сопротивляемости организма в борьбе с инфекцией у каждой больной должно производиться исследование крови. В гинекологии, в частности, широкое применение имеет реакция оседания эритроцитов (РОЭ). В норме реакция оседания эритроцитов в цифровом выражении составляет 8—15 мм за первый час (по методу Панченкова); при воспалительных процессах она ускоряется в зависимости от интенсивности воспаления (до 30—60 мм в час). При производстве реакции по способу Попова нормальной скоростью оседания эритроцитов принято считать время от 3 до 7 часов. При беременности средняя скорость оседания эритроцитов сокращается до 1—3 часов, а при инфекционных воспалительных процессах в ост-



рой фазе она колеблется между 10 минутами и 1 часом. При хронически протекающем воспалении РОЭ менее ускорена.

В последнее время многие клиницисты с целью диагностики рака матки рекомендуют пользоваться исследованием мазков из влагалищных выделений; при этом могут быть обнаружены подозрительные на рак комплексы клеток. Метод исследования влагалищных мазков основан на том, что с поверхности опухоли непрерывно отторгаются опухолевые клетки, которые, смешиваясь со слизью, лейкоцитами, секретом цервикальных и маточных желез, скопляются в заднем своде. Хотя по-прежнему справедливо положение, гласящее, что нет таких морфологических признаков, специфических для опухолевых клеток, которые позволяли бы безошибочно поставить диагноз рака, тем не менее можно заподозрить наличие опухоли путем цитологического изучения мазков из влагалищных выделений.

К признакам, которые дают повод заподозрить наличие опухоли, относятся: полиморфизм (многообразие) клеток, наличие крупных клеток с большими пикнотическими ядрами, т. е. с ядрами различной величины и формы, обычно интенсивно окрашенными, неравномерная величина клеток и ядер, наличие большого количества митозов (клеток в фазе деления) и т. п. Особенно важно детально исследовать крупные комочки, попадающиеся в выделениях из влагалища, состоящие из групп опухолевых клеток. Нахождение таких характерных группировок опухолевых клеток дает больше оснований для правильного диагноза (рис. 51).

Техника приготовления мазков из выделений изложена на стр. 185.

Основная ценность метода диагностики рака по мазкам заключается в том, что он пригоден для массового обследования с целью выявления во время профилактических осмотров подозрительных на злокачественные опухоли больных.

Из других лабораторных методов в акушерско-гинекологической практике большое диагностическое значение приобрела реакция определения *гонадотропных гормонов* в моче.

Гонадотропные гормоны бывают двоякого происхождения: а) гипофизарные гонадотропины и б) хориальные гонадотропины.

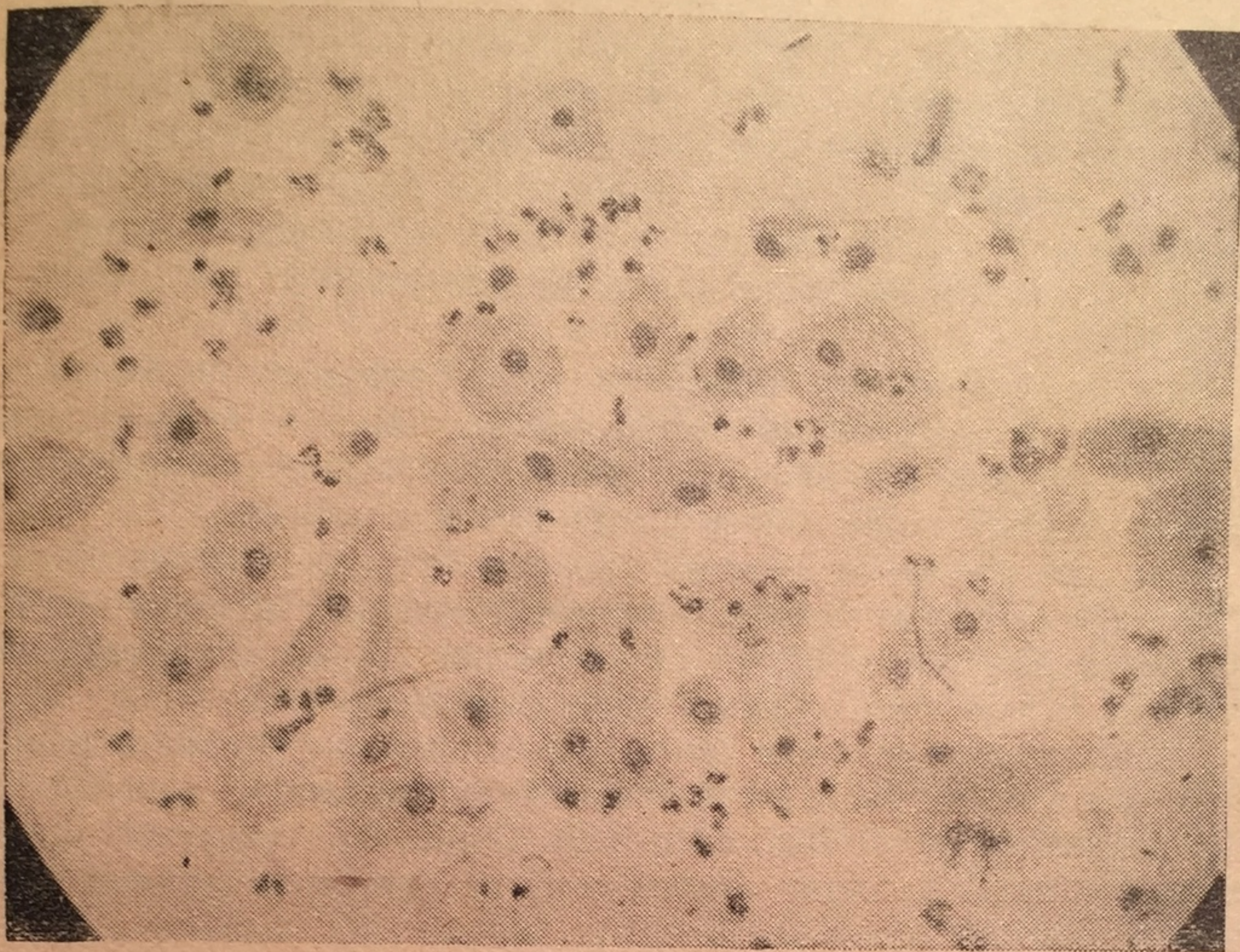
Гипофизарные гормоны обнаруживаются в повышенных количествах в моче у кастрированных и старых женщин, у больных раком и иногда при фибромиоме матки.

Хориальные гормоны обнаруживаются в крови и моче здоровых беременных, у женщин с патологической беременностью (пузырный занос), а также у больных (женщин и мужчин) хорионэпителиомой.

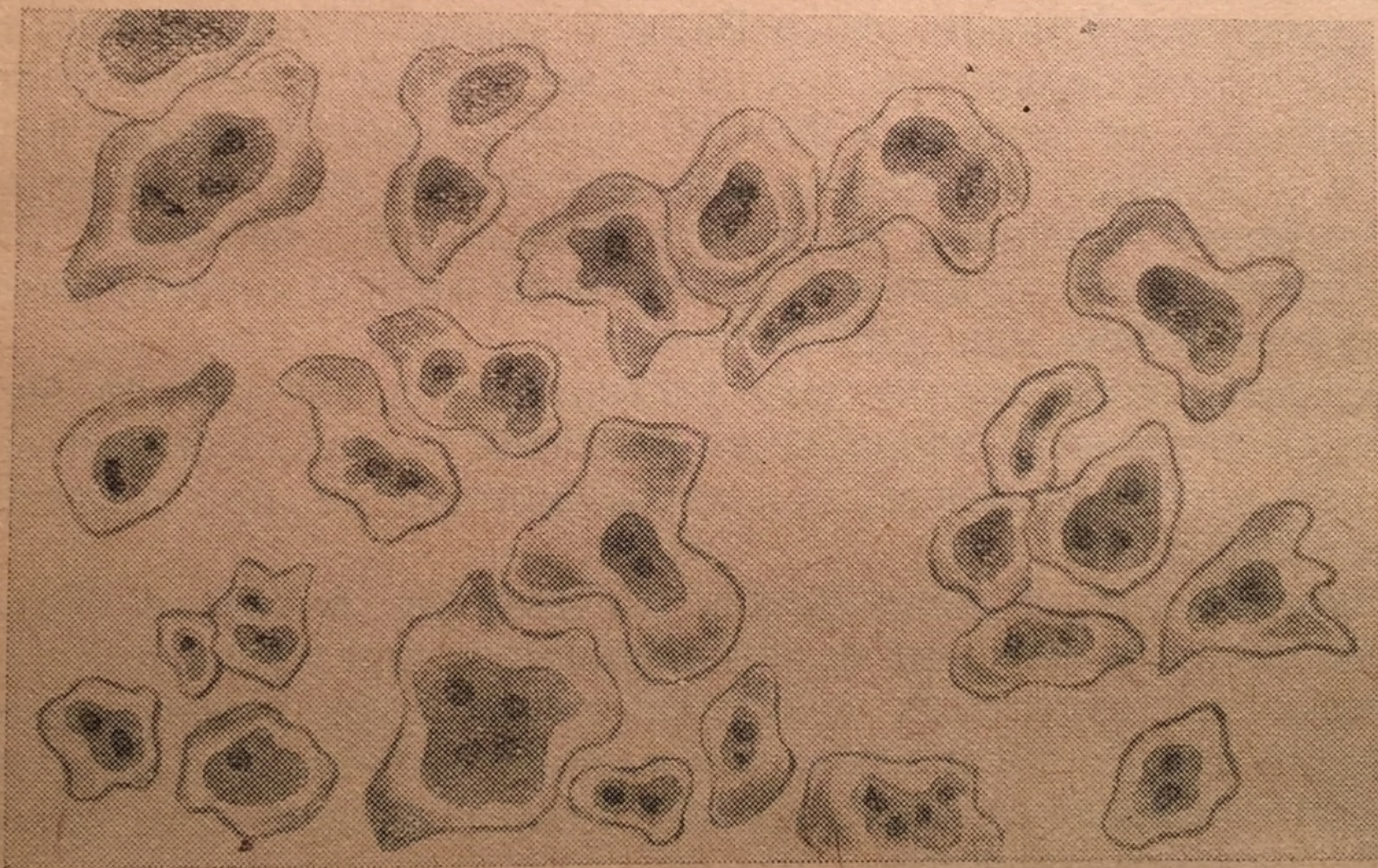
Препараты гонадотропных гормонов гипофиза содержат обычно две фракции: одна из них вызывает созревание фолликулов (фолликулостимулирующий гормон, по старой номенклатуре — пролан А), другая вызывает лютеинизацию и кровоизлияние в фолликулы (лютеинизирующий гормон, или по старой номенклатуре — пролан Б). Обе фракции получены в очищенном виде.



Реакция половых желез инфантильных самок мышей (весом 6—8 г) на введение в организм гонадотропного гормона лежит



а



б

Рис. 51. Влагалищные мазки.

а — нормальная картина влагалищного мазка; б — влагалищный мазок с полиморфными клетками.

в основе диагностического метода, предложенного Ашгеймом и Цондеком. Введение гонадотропных гормонов сказывается непосред-



ственно на яичниках животного, заметно увеличивающихся в размерах за счет роста фолликулов или развития желтых тел. Очень часто в яичниках появляются так называемые геморрагические фолликулы, которые видны невооруженным глазом как темно-красные (кровяные) точки. Развитие фолликулов в яичниках связано с усилением продукции эстрогенного гормона, в результате чего как вторичная реакция происходит развитие половых путей инфантильной самки мыши: открытие влагалища, наступление течки, устанавливаемой по влагалищным мазкам, увеличение размеров матки.

Все перечисленные признаки этой реакции развиваются в определенной последовательности, и в зависимости от дозы гонадотропного гормона при вскрытии животного (мыши) могут быть обнаружены одновременно или в различных сочетаниях.

Для исследования берется первая утренняя моча больной. Если моча не может быть испытана немедленно, прибавляют к ней трикрезол для консервации (1 капля на 25—30 мл мочи), после чего для лучшего смешивания моча взбалтывается.

Перед впрыскиванием мочи животному определяют реакцию испытуемой мочи. Если моча оказывается щелочной или нейтральной, добавляют несколько капель 10% раствора уксусной кислоты до слабокислой реакции. Затем мочу профильтровывают и в делительной воронке в течение 5 минут сильно взбалтывают с тройным объемом эфира, после чего нижний слой мочи из делительной воронки сливают и оставляют в широкой банке на 1 час на воздухе для испарения остатков эфира. Затем 3 мышам вводят на протяжении 48 часов 6 порций: первой по 0,3 мл, а двум по 0,4 мл. Животных убивают по истечении 96—100 часов с момента первой инъекции и вскрывают. Решающим для постановки диагноза считается обнаружение «кровяных точек» или желтых тел в яичниках. Реакция считается положительной, если хотя бы в одном яичнике имеется «кровяная точка» или желтое тело.

Концентрация хориального гонадотропина зависит от биологической активности хориального эпителия и обычно бывает высокой при пузырном заносе, при хорионэпителиоме, при токсикозах беременности.

Многочисленные клинические наблюдения показали большое диагностическое значение исследования мочи при хорионэпителиоме на наличие хориальных гонадотропинов. Если у небеременной женщины определяется в моче или в крови значительное количество хориального гонадотропина, это почти всегда свидетельствует о развитии хорионэпителиомы.

Как известно, хорионэпителиома развивается чаще всего у тех женщин, у которых в прошлом наблюдался пузырный занос, значительно реже она возникает после аборта и еще реже после нормальных родов. Отсюда ясно, что у каждой женщины, у которой был пузырный занос, возможно развитие хорионэпителиомы, поэтому такие женщины должны браться под особое наблюдение.



Теперь является общепринятым, что у каждой женщины после пузырного заноса должна систематически (один раз в месяц) производиться реакция на гонадотропные гормоны. Характерным для хорионэпителиомы является не самый факт наличия гормона в организме, а повышение его концентрации (выпадения положительной реакции при больших разведениях мочи, в 50—100 раз).

Общепризнанным является также прогностическое значение этой реакции. После удаления хорионэпителиомы оперативным путем или вслед за исчезновением опухоли после лучевой терапии хориальный гонадотропин обычно быстро исчезает из организма и реакция, бывшая до лечения резко положительной, даже при больших разведениях мочи, становится отрицательной. Если же опухоль радикально излечить не удастся или остались необнаруженные метастазы, реакция остается положительной.

Если после лечения хорионэпителиомы реакция получается отрицательной даже с неразведенной мочой, это дает достаточно полное основание к предположению, что в организме остатков хорионэпителиомы нет.

Появление вновь положительной реакции через тот или иной промежуток времени после лечения указывает на рецидив или метастаз хорионэпителиомы.

---



## Глава вторая

### АНОМАЛИИ РАЗВИТИЯ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ. НЕПРАВИЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ МАТКИ

#### ПОРОКИ РАЗВИТИЯ

Половые органы развиваются из разных эмбриональных зачатков. Так, матка, трубы и большая часть влагалища развиваются из мюллеровых ходов, яичник — из половых тяжей, расположенных рядом с зародышевыми почками, наружные половые органы — из кожных покровов нижней части туловища и из мочеполовой пазухи.

Как известно, в различные периоды эмбрионального развития плода происходят процессы дифференциации, благодаря которым получается окончательное оформление органов.

Если в процессе формирования и развития плода происходят стойкие нарушения в дифференцировке тканей или взаимоотношений отдельных частей организма, то это может вести к различным вариациям уродств половых органов.

Вопрос о причинах пороков развития женских половых органов еще не решен. Иногда неслияние и заращение отдельных частей мочеполовой системы можно объяснить неправильностью распределения зародышевого материала или задержкой роста под влиянием тех или иных причин. Причиной задержки развития могут быть воспалительные процессы, перенесенные в утробной и внеутробной жизни, вызвавшие склеивание и последовательное сращение стенок полостей. В ряде случаев причиной их, нужно полагать, является нарушенный обмен веществ зародыша и, в частности, нарушение процессов внутренней секреции.

#### Пороки развития яичников и труб

Пороки развития яичников могут проявляться или в необычном увеличении, или в резком уменьшении, или даже в отсутствии их.

Врожденная *гиперплазия* (увеличение) яичников, преимущественно их фолликулярного слоя, обычно не проявляет себя никакими отклонениями в их функциональной деятельности.

При резком уменьшении (*гипоплазии*) яичника наблюдаются уменьшение и недоразвитие фолликулярного слоя. В таком недо-



развитом яичнике или вовсе отсутствуют яйцевые клетки и примордиальные фолликулы, или наблюдается прекращение роста и созревания фолликулов; гипоплазия половых желез, сопровождающаяся слабо выраженными вторичными половыми признаками, наблюдается при инфантилизме.

Полное отсутствие обоих яичников и труб наблюдается лишь у нежизнеспособных плодов вместе с другими пороками развития. Отсутствие одного яичника — также крайне редкое явление.

Отсутствие одной трубы, так же как и отсутствие одного яичника, наблюдается при однорогой матке, при сильной степени рудиментарного развития одного из рогов матки. В практическом отношении важно знать, что удлиненные тонкие и извилистые трубы являются признаком порочного развития, а именно инфантилизма.

### Пороки развития матки и влагалища

*Недоразвитие матки и влагалища.* Нередко наблюдаются случаи, когда у взрослых женщин при общем нормальном развитии матка сохраняет форму, свойственную ранним периодам своего развития. Одновременно при недоразвитии матки наблюдаются дефекты и в развитии влагалища.

Матка при этом отличается мало развитым телом и более длинной, нежели тело матки, шейкой. Тело матки обычно находится в резкой антефлексии, внутренний зев сужен; наружный зев едва обозначен, влагалище представляется коротким, узким и неподатливым, своды его почти отсутствуют. Недоразвитие матки и влагалища чаще всего представляет собой частичное проявление недоразвития не только полового аппарата, но и других систем организма и носит название общего *инфантилизма*.

У таких субъектов наблюдаются нередко симптомы общего инфантилизма: длинная, узкая грудная клетка, узкий таз, плоские ягодицы, недоразвитые молочные железы с маленькими сосками, отсутствие волосистости подмышками; ткани мало эластичны и при родах легко травмируются.

Общее недоразвитие половых органов выражается в следующих признаках: небольшая вульва, недостаточное развитие больших губ с малым отложением жира, слабо развитые, гладкие или морщинистые малые половые губы и вследствие этого зияние половой щели, вдавленная, низкая промежность, короткое и узкое влагалище с плохо развитыми складками, плоские своды, маленькая влагалищная часть шейки матки с точечным наружным зевом, через который с трудом удастся провести зонд, маленькая матка (на 2—3 см короче нормальной), длинная шейка. Часто матка лежит в положении гиперантефлексии (слишком острый угол между телом и шейкой). Трубы тонкие, сильно извилистые, складчатость слизистой труб плохо выражена, фимбрии плохо развиты, яичники малы, дугласово пространство очень глубокое, связки матки малоподатливы, неэластичны.



Менструальная функция нарушена; так, при высоких степенях инфантилизма наблюдается полная аменоррея, в более слабо выраженных случаях первая менструация всегда наступает значительно позже и обычно сопровождается дисменорреей. Количество теряемой крови также различно: у одних оно очень незначительно, у других, наоборот, очень обильно. При высоких степенях инфантилизма наблюдается абсолютное бесплодие; в более слабо выраженных случаях инфантилизма половых органов беременность может наступить, но ввиду недостаточного развития матки для вынашивания плода часто заканчивается выкидышем.

Лечение полового инфантилизма сводится к общему укрепляющему лечению всего организма. Рекомендуются усиленное питание, физические упражнения, климатическое лечение. Кроме того, назначают внутрь натуральные (фолликулярные и гипофизарные) или синтетические гормоны. Некоторые предлагают производить пересадку яичника с целью возместить недостаточность работы желез внутренней секреции, однако целесообразность подобной операции остается сомнительной, ибо пересаженный яичник быстро атрофируется.

*Заращение девственной плевы и влагалища* (atresia hymenis et vaginae). Заращение полового канала в каком-либо отделе называется *гинатрезией*. В зависимости от локализации непроходимого участка мы различаем непроходимость девственной плевы, влагалища и канала шейки матки.

Заращения являются следствием или порочного развития, или воспалительных процессов во время утробной жизни. Такие же изменения могут возникнуть при различных инфекционных заболеваниях, преимущественно в детском возрасте (корь, скарлатина, дифтерия, тифы, гоноррея и др.). Вследствие тяжелых общих явлений при таких заболеваниях легко могут остаться незамеченными сравнительно слабо выраженные местные явления в половых органах, которые обнаруживаются впервые обычно лишь в начале половой зрелости или половой жизни.

Заращения могут наблюдаться и в зрелом возрасте — как последствия родовой травмы и случайных ранений. В детском возрасте заращение девственной плевы и влагалища обычно не дает никаких симптомов, с наступлением же менструального периода женщины начинают жаловаться на чувство тяжести и напряжения внизу живота, на местные схваткообразные боли, совпадающие с менструальными сроками, на боли внизу живота и в пояснице. Часто присоединяются общие явления: тошнота, головные боли, головокружение, сердцебиение, повышение температуры и т. п. С каждым месяцем болезненные явления усиливаются и с течением времени становятся постоянными. Вскоре присоединяются явления со стороны мочевого пузыря (частые позывы) и кишечника (запоры). Наконец, больные замечают постепенное увеличение живота.

При свободной проходимости канала шейки матки и влагалища, но при заращении девственной плевы, выделяемая при менструации

кровь скопляет  
плеву в виде  
влагалище во  
кольпос (наемат  
Вслед за ра  
мать участие и



а — гематокс

лость мат  
нос (рис.  
Образ  
имеется  
нец, опи  
и матке,  
при этом  
вследств  
гают инс  
малого т  
вязкой,



кровь скопляется во влагалище и выпячивает наружу девственную плеву в виде купола. Дальнейшее скопление крови растягивает влагалище во все стороны, образуя кровяную опухоль — *гематокольпос* (haematocolpos) (рис. 52, а).

Вслед за расширением влагалища в процессе начинает принимать участие и матка. Сначала расширяется шейка, а затем и по-

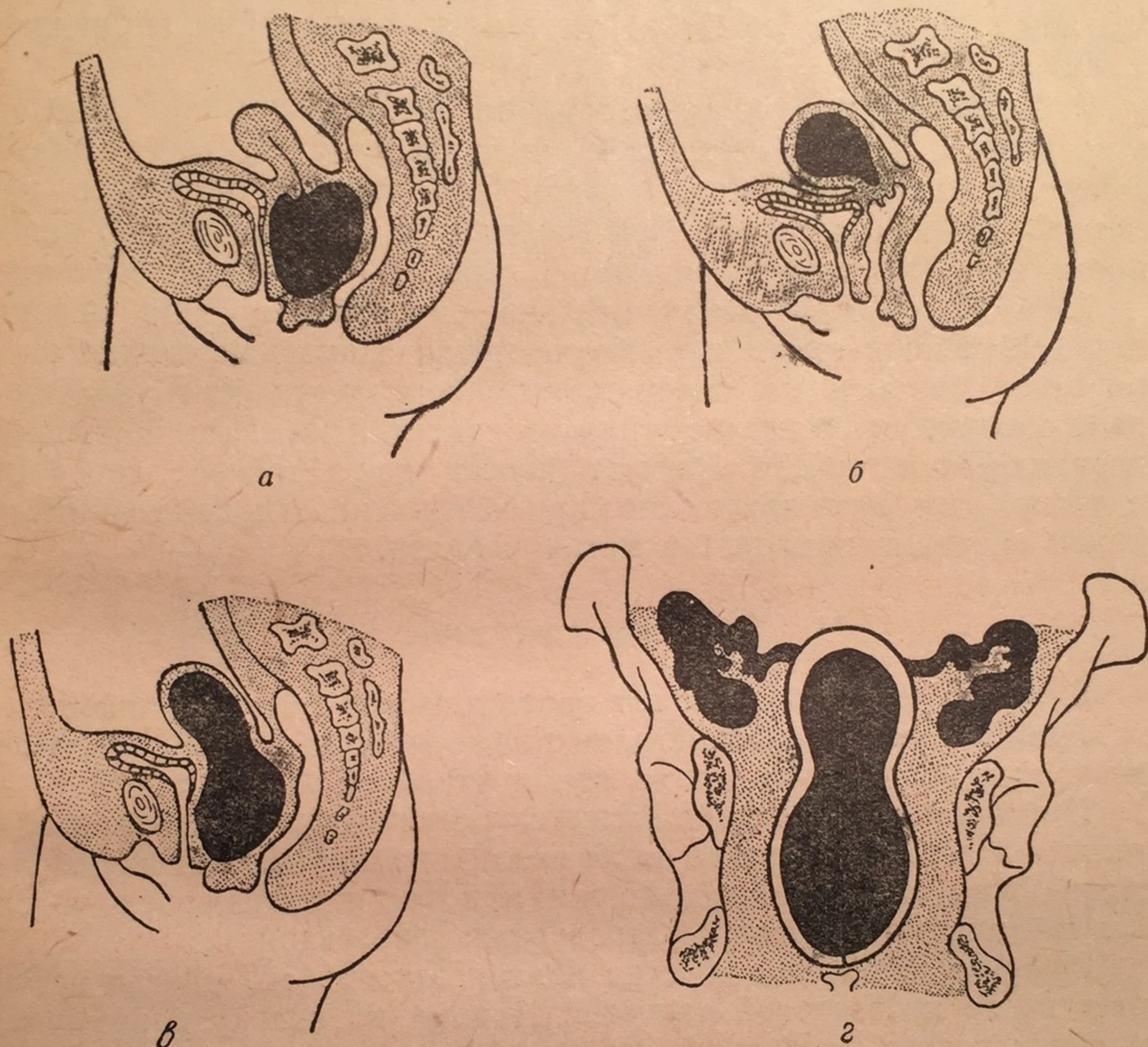


Рис. 52.

а — гематокольпос; б — гематометра; в — гематокольпос и гематометра; г — гематокольпос, гематометра и гематосальпинкс.

лость матки, образуется *гематометра* (haematometra) и *гематокольпос* (рис. 52, в).

Образование гематометры может возникать и первично, если имеется непроходимость канала шейки матки (рис. 52, б). Наконец, описаны случаи скопления крови не только во влагалище и матке, но и в фаллопиевых трубах, ампулярные концы которых при этом склеиваются (рис. 52, г). Образовавшиеся скопления крови вследствие такого растяжения внутренних половых органов достигают иногда значительных размеров и выполняют почти всю полость малого таза. Скопившаяся кровь в этих полостях становится густой, вязкой, приобретает коричневую окраску и дегтеобразную конси-



стенцию, зависящую от распада кровяных телец, выщелачивания форменных элементов, примеси слизи и сгущивающегося эпителия. При проникновении гноеродных бактерий кровоизлияние нагнаивается; образуется скопление гноя в матке — *пиометра*. Несмотря на значительное внутриполостное давление, самопроизвольный разрыв перегородки при заращенной девственной плеве наблюдается чрезвычайно редко. В отдельных случаях содержимое влагалища и матки может найти выход через трубы в брюшную полость.

Распознавание данного страдания не представляет больших затруднений. При исследовании половых органов легко удастся определить пальцами или зондом непроходимость плевы, влагалища или шейки матки. При исследовании через прямую кишку прощупывается мягкая опухоль, дающая ощущение зыбления.

Лечение атрезии исключительно оперативное. При заращении девственной плевы и нижнего отдела влагалища можно ограничиться одним рассечением заращенного места или удалением перегородки, закрывающей просвет влагалища. При заращении цервикального канала создают иногда искусственное отверстие в матку выше места заражения; при невозможности же выполнения такой операции приходится матку удалять.

### Сужение влагалища

Сужение влагалища бывает врожденным и приобретенным.

*Врожденное* сужение влагалища чаще всего является следствием воспалительных процессов во время утробной жизни плода.

*Приобретенное* сужение является результатом воспаления влагалища в детском возрасте после различных инфекционных заболеваний (оспы, скарлатины, дифтерии) или же у взрослых после родов, осложненных тяжелыми послеродовыми заболеваниями.

Сужение влагалища и даже полная атрезия его иногда наступает после проведенной радиевой терапии по поводу рака шейки матки или рака влагалища. Сужение влагалища в таких случаях обусловлено развитием рубцовой ткани, а атрезия — слипанием стенок влагалища вследствие некроза слизистой оболочки влагалища. Чаще такие осложнения наблюдаются после применения больших доз радиоактивных излучений.

Сужение может быть очень незначительным и представлять собой небольшой кольцевидный тяж или же, наоборот, весьма объемистым и плотным и занимать почти всю длину влагалища. Степень сужения также различна, начиная от слегка выраженного уменьшения просвета и кончая почти полным закрытием просвета влагалища, в котором с трудом удастся найти отверстие. Если сужение небольшое, то обычно оно ничем не проявляется.

При высоких степенях сужения может образоваться гематометра и гематокольпос вследствие задержки менструальной крови в матке. При попадании инфекции возникают воспалительные процессы.



Лечение сужения оперативное: иссечение всей рубцовой ткани с последующим наложением швов на дефекты ткани.

При сужении влагалища, вызванного применением радия, оперативное лечение противопоказано.

### Неправильное развитие матки и влагалища

Как выше уже отмечалось, матка и влагалище развиваются из мюллеровых ходов, что происходит в конце второго месяца внутриутробной жизни плода. Из той части, где мюллеровы ходы сливаются, образуются матка и влагалище, а из верхних, неслившихся частей образуются фаллопиевы трубы.

Если в процессе слияния мюллеровых ходов в утробной жизни произойдут какие-либо отклонения от нормального развития, то мы будем иметь тот или иной вид порока развития, который может

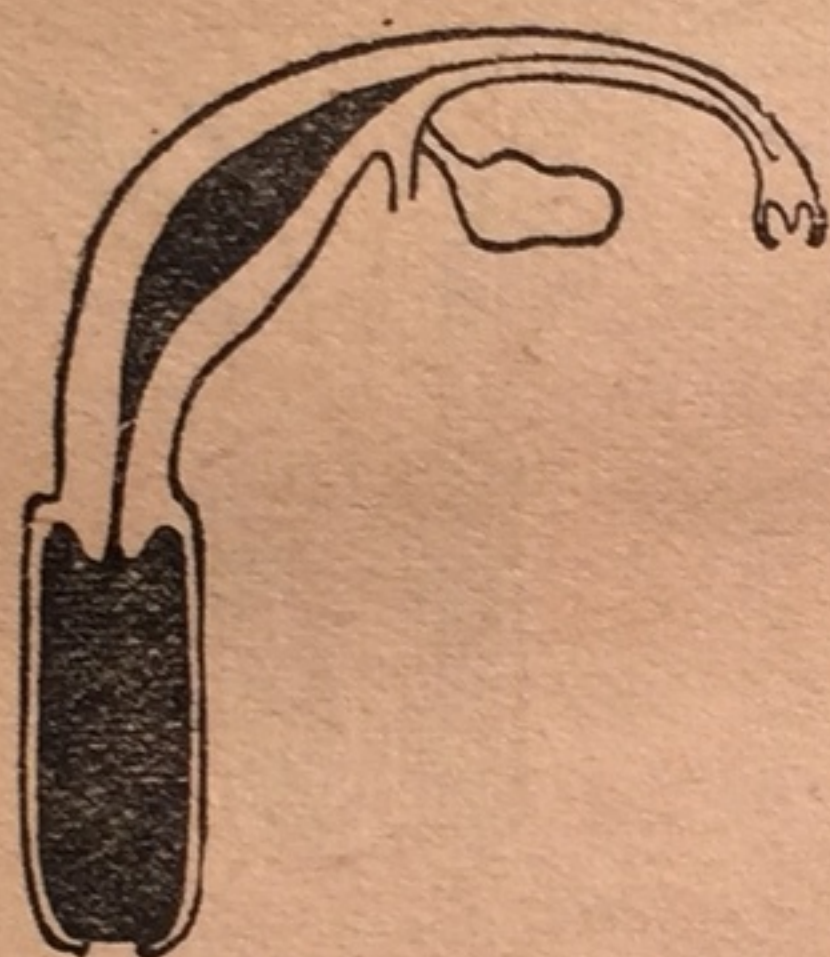


Рис. 53. Однорогая матка.

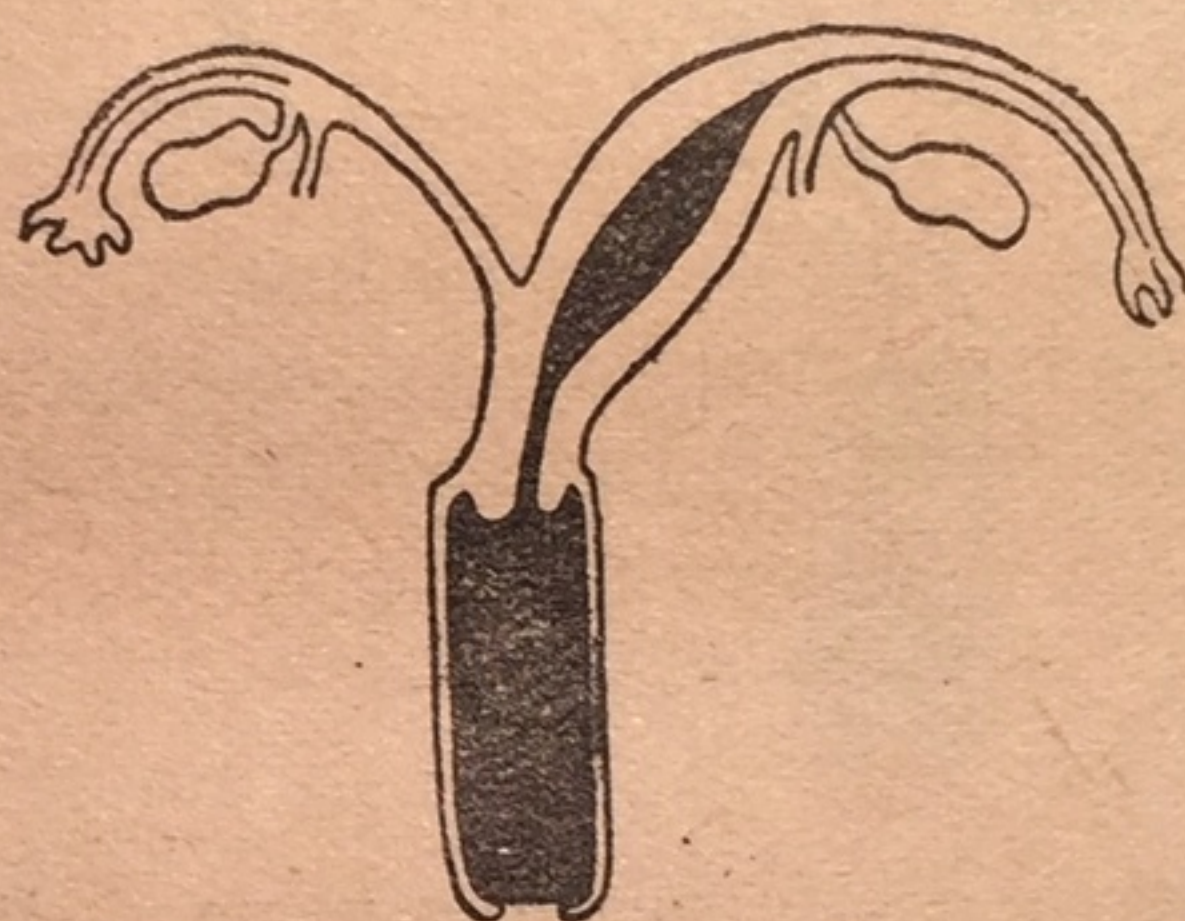


Рис. 54. То же с рудиментарным рогом в виде мышечного тяжа.

произойти вследствие: 1) или отсутствия и недостаточного развития мюллеровых ходов, 2) или развития только одного мюллерова хода, 3) или самостоятельного развития обоих мюллеровых ходов с сохранением между ними перегородки.

Полного отсутствия матки у жизнеспособных плодов не наблюдается, так как даже в тех случаях, когда, казалось, матка отсутствует, при тщательном исследовании удавалось находить незначительные скопления гладких мышечных волокон (зачатков матки). В подобных случаях влагалище обычно также представляется недоразвитым или же оно полностью отсутствует (аплазия влагалища).

При неполном развитии и отсутствии слияния мюллеровых ходов получают две *рудиментарные* матки.

Если во время утробной жизни развивается только один мюллеров ход, то мы будем иметь *однорогую* матку (*uterus unicornis*) (рис. 53). Тело однорогой матки представляет обыкновенно боковое дугообразное искривление, постепенно суживающееся кверху и незаметно переходящее в трубу. Влагалище при этом пороке развития остается обыкновенно узким, так как оно развивается из одной



половины парного органа. Яичник и труба обычно развиваются нормально.

Вполне развитая однорогая матка обычно не вызывает никаких болезненных явлений, так как функция ее нормальна. Беременность может наступить так же, как и при нормальной матке, причем беременность и роды могут протекать без всяких отклонений от нормы.

Если один из мюллеровых ходов развит правильно, а другой отстал в своем развитии, то последний называется *рудиментарным*, или *зачаточным*. Иногда зачаточный рог представляет только полосу мышечной ткани, прилегающую к вполне развитой другой половине матки; полость в таких случаях совершенно отсутствует (рис. 54).

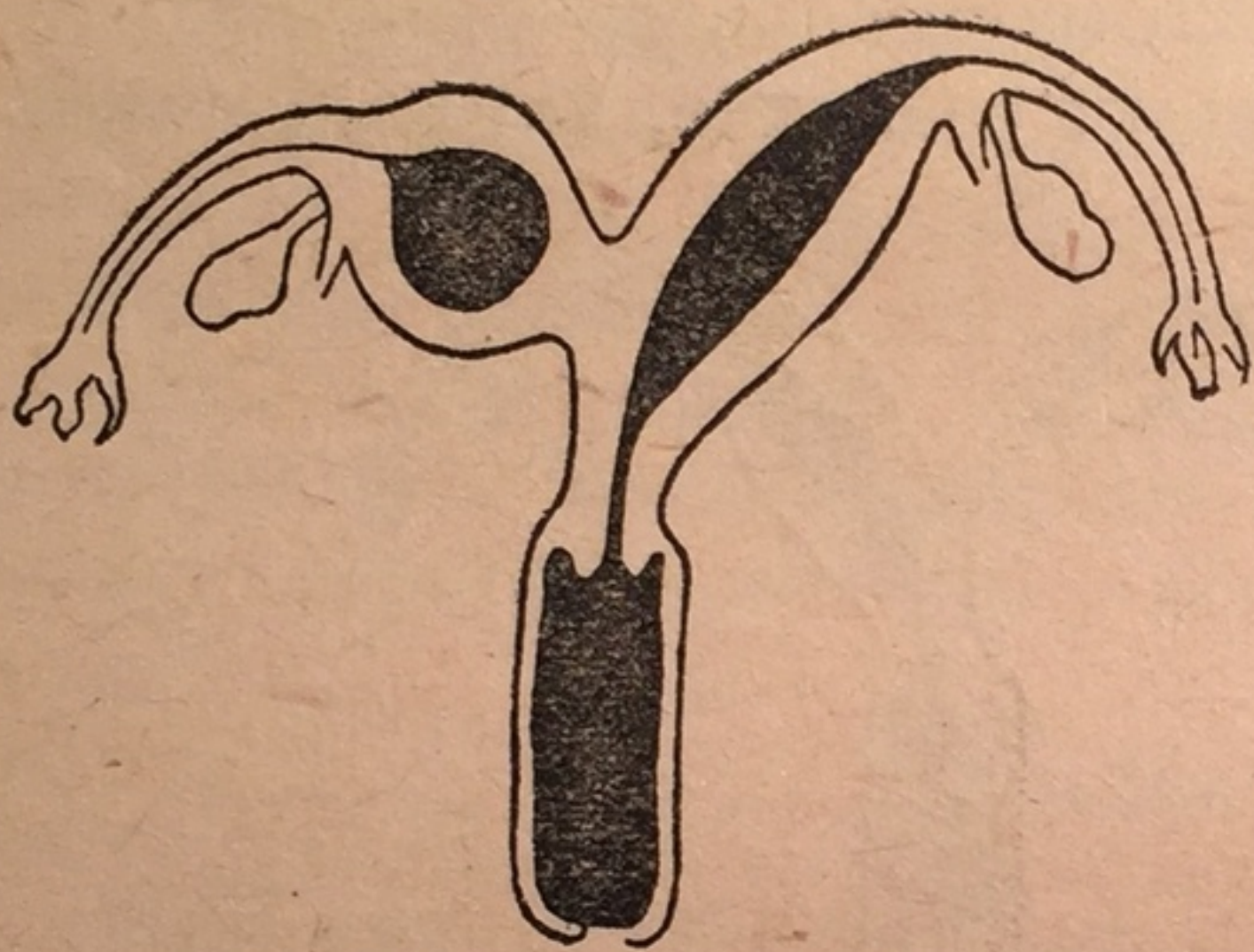


Рис. 55. Матка с рудиментарным рогом, имеющим полость.

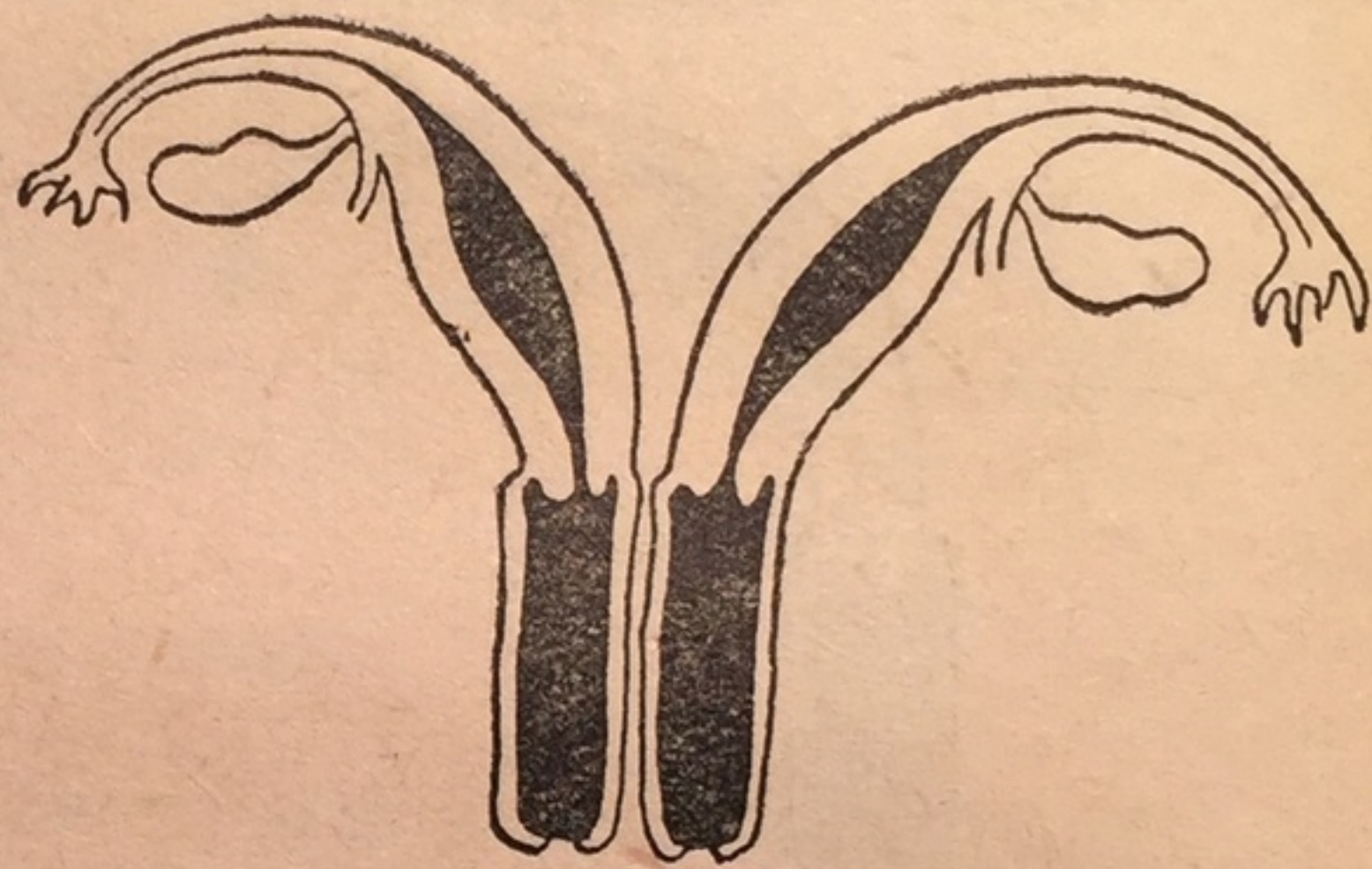


Рис. 56. Двойная матка и двойное влагалище.

При менее выраженном недоразвитии зачаточного рога мышечный слой его развит сильнее и в нем имеется более или менее выраженная полость, покрытая слизистой оболочкой и сообщающаяся едва заметным ходом с полостью матки, а иногда и вовсе лишенная всякого сообщения с маткой (рис. 55). Иногда такой добавочный рог может нормально функционировать, и тогда при наличии сообщения с телом матки менструальная кровь выделяется через полость матки во влагалище; если же такого хода нет, то в добавочном роге образуется скопление крови, что может привести к разрыву стенки рудиментарного рога и вызвать смертельное кровотечение.

Серьезные осложнения представляет беременность в рудиментарном роге; оно может наступить как при наличии сообщения между маткой и добавочным рогом, так и при отсутствии такового, причем беременность в этом случае развивается вследствие наружного (внутрибрюшного) передвижения оплодотворенного яйца. Это осложнение по своему течению и исходу напоминает внематочную беременность, а потому требует оперативного вмешательства.

В тех случаях, когда в процессе развития не произойдет полного слияния мюллеровых ходов или оно будет совершенно отсутство-



вать, рога матки могут быть развиты нормально или будут представлять отклонение в развитии. Смотря по тому, в каком периоде и в каких пределах произошла задержка нормального хода развития, образуются различные виды двурогой матки.

При высшей степени недоразвития обе половины матки вполне отделены друг от друга. Такая *двойная* матка называется *uterus*

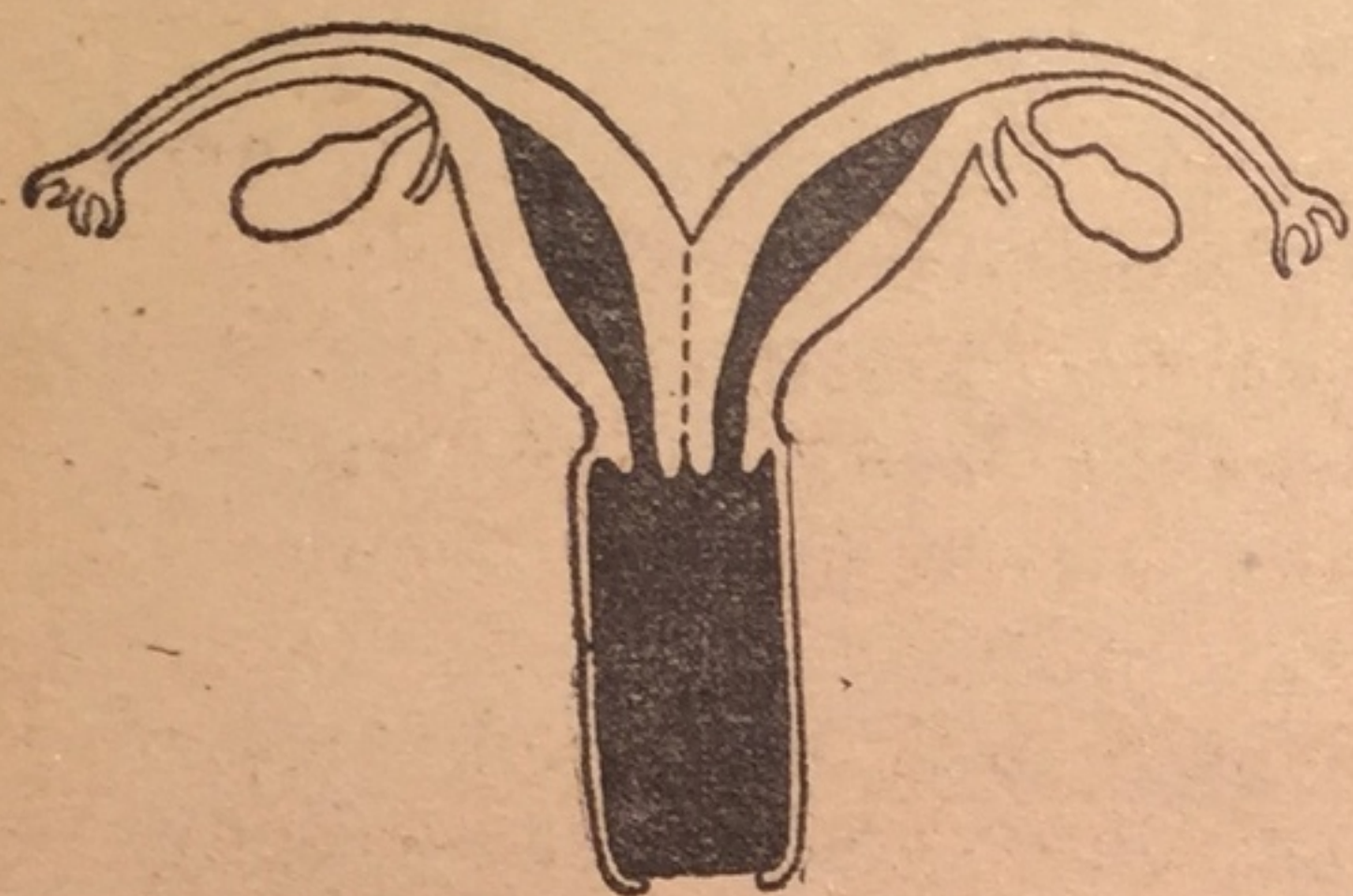


Рис. 57. Двурогая матка с двумя шейками.

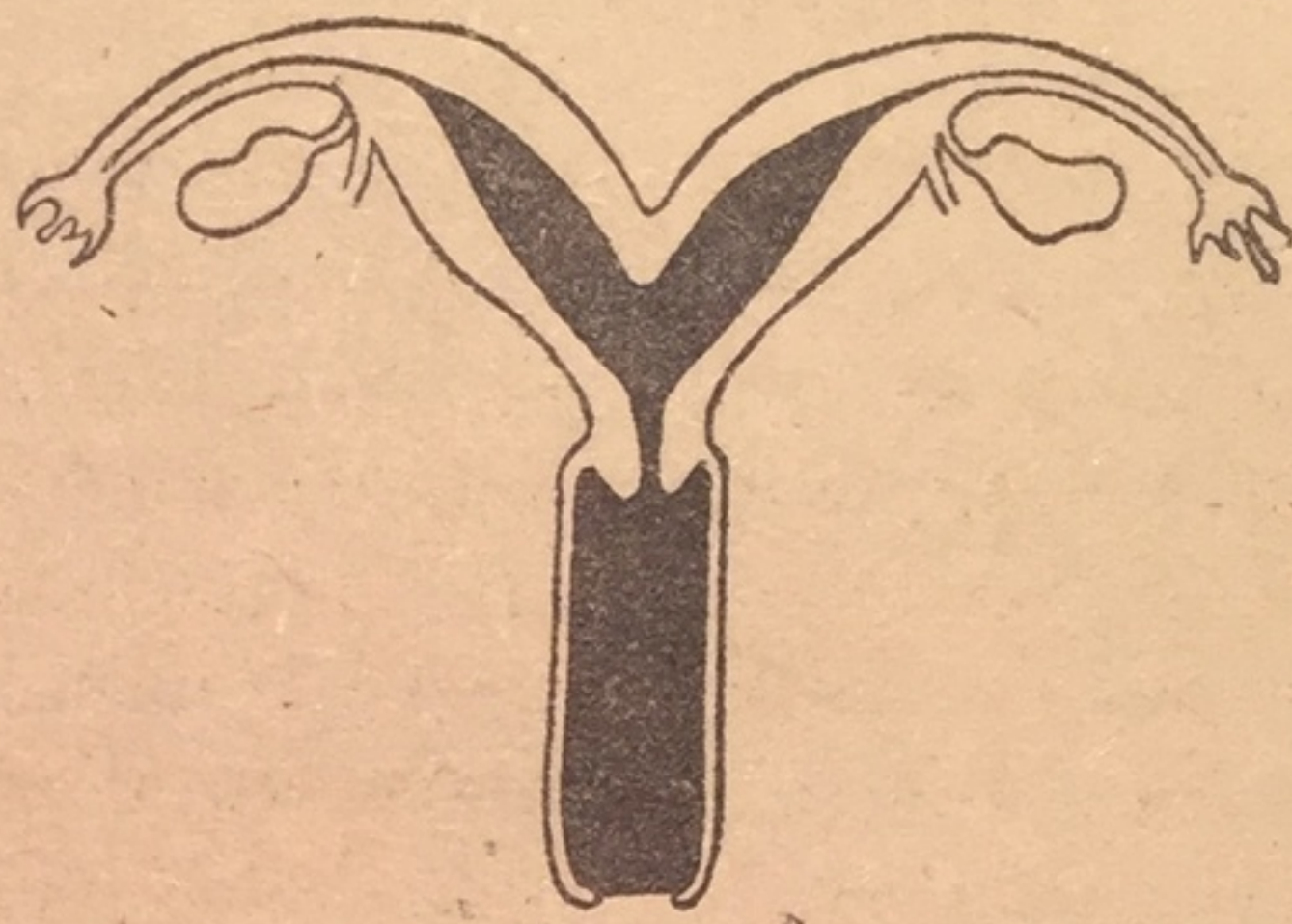


Рис. 58. Двурогая матка с одной шейкой.

*didelphus* (рис. 56). При наличии такой матки обычно имеют место и другие дефекты в строении мочеполовой системы, делающие плод нежизнеспособным. У взрослых такой порок наблюдается в виде редкого исключения.

Если существуют два тела матки и обе шейки тесно прилегают друг к другу, то такая матка называется *двурогой, двуполостной* (*uterus bicornis bicollis*) (рис. 57).

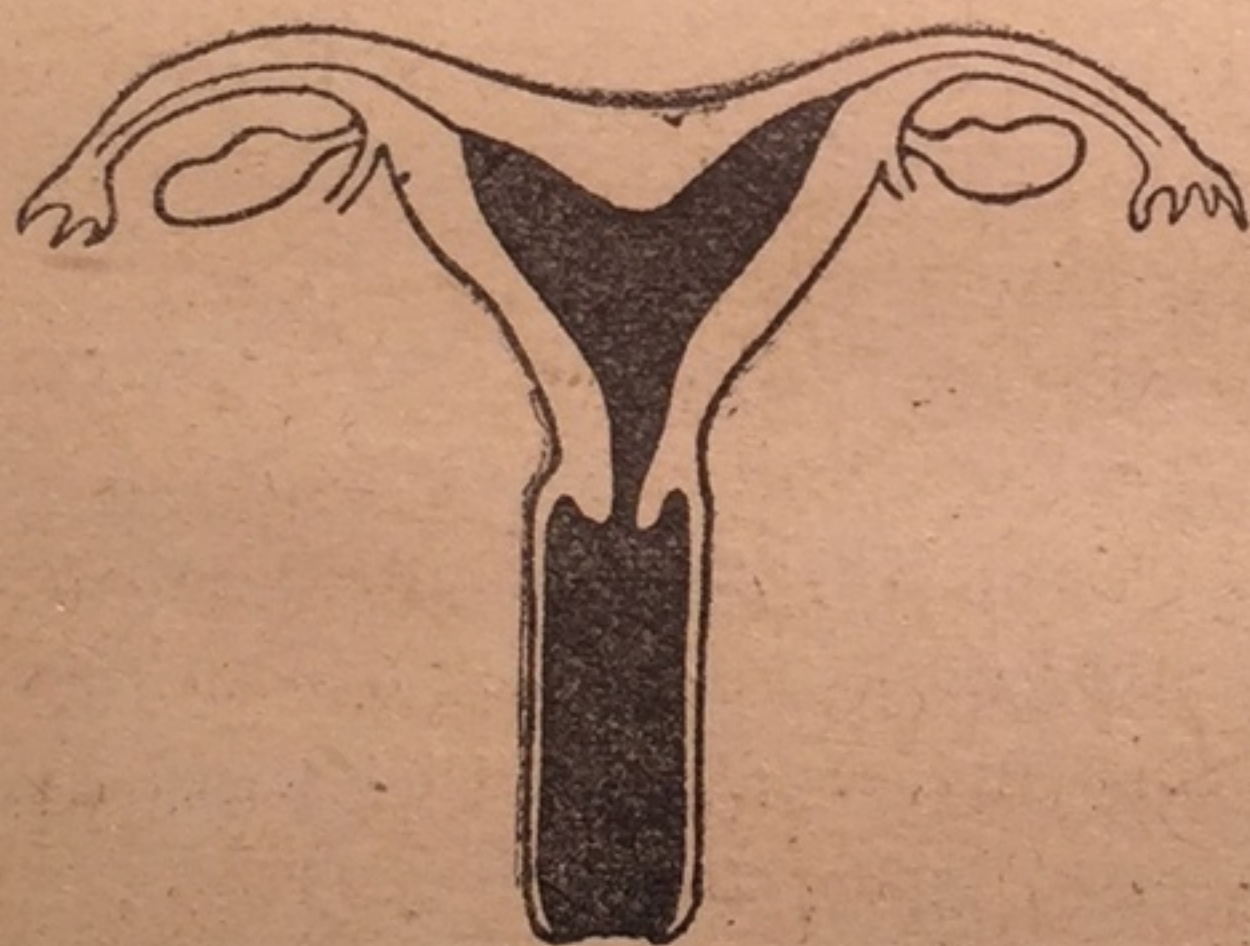


Рис. 59. Седлообразная матка.

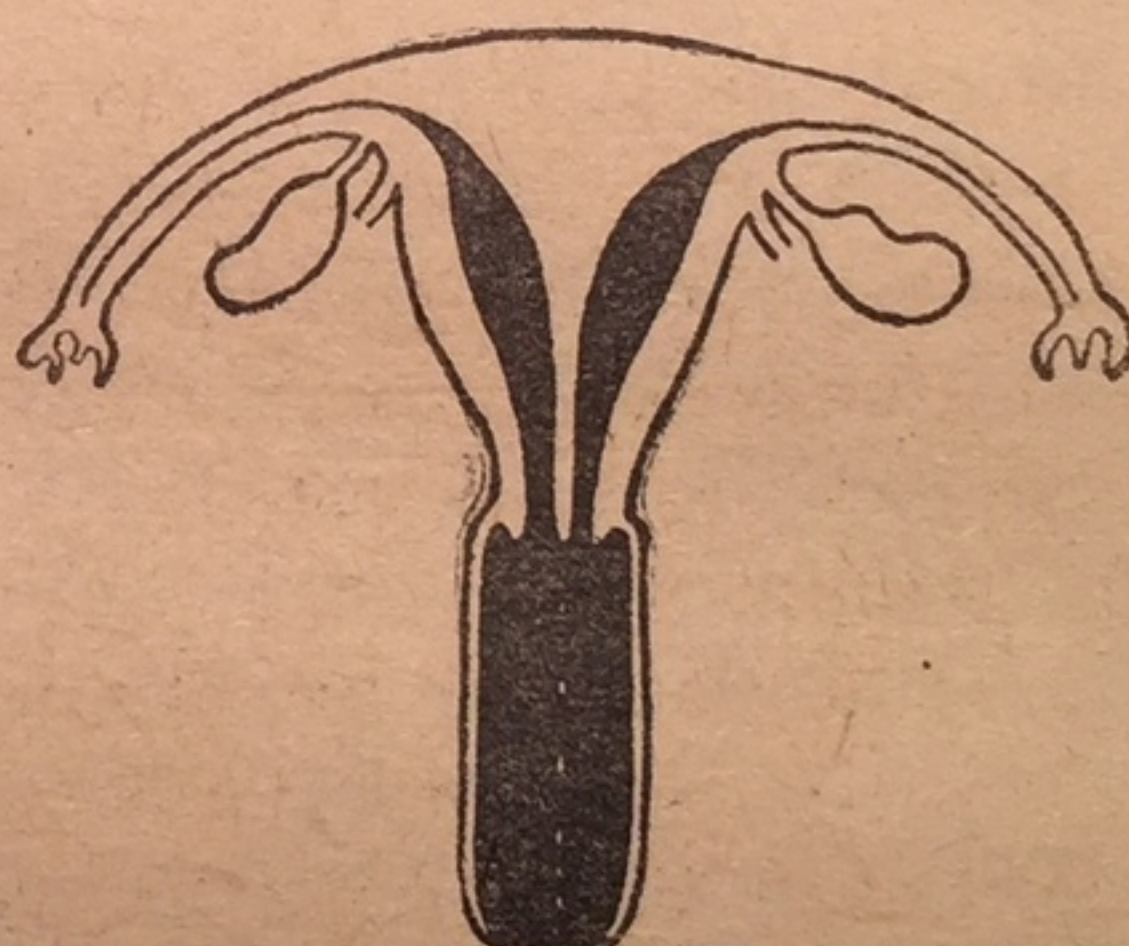


Рис. 60. Двойная матка с перегородкой.

Если два отдельных тела матки имеют одну общую шейку, то такая матка называется *uterus bicornis unicollis* (рис. 58), причем в этом случае разделение тела матки может быть полным и частичным. При неполном слиянии только верхних отделов мюллеровых ходов матка имеет иногда только седлообразное вдавление в области дна (*uterus arcuatus*) (рис. 59).

Иногда при совершенно нормальной форме матки вся полость или часть ее разделяется перегородкой на две половины: это так называемая *двуполостная* матка (*uterus septus duplex*) (рис. 60).



В более редких случаях наблюдаются два наружных зева при одной маточной полости, канал шейки весь или частично разделен перегородкой — это так называемая *uterus biforis* (рис. 61).

Во всех этих случаях влагалище может представлять изменения, начиная от двойного влагалища до едва заметной перегородки, идущей по передней стенке влагалища (рис. 62).

Пороки развития матки обычно не проявляются никакими симптомами и жалобами. Лишь в тех случаях, когда пороки развития достигают больших степеней, отмечаются жалобы на отсутствие менструации, периодические боли внизу живота.

При одинаковом развитии обеих маток беременность может наступать в любой из них. При беременности в одной из маток другая

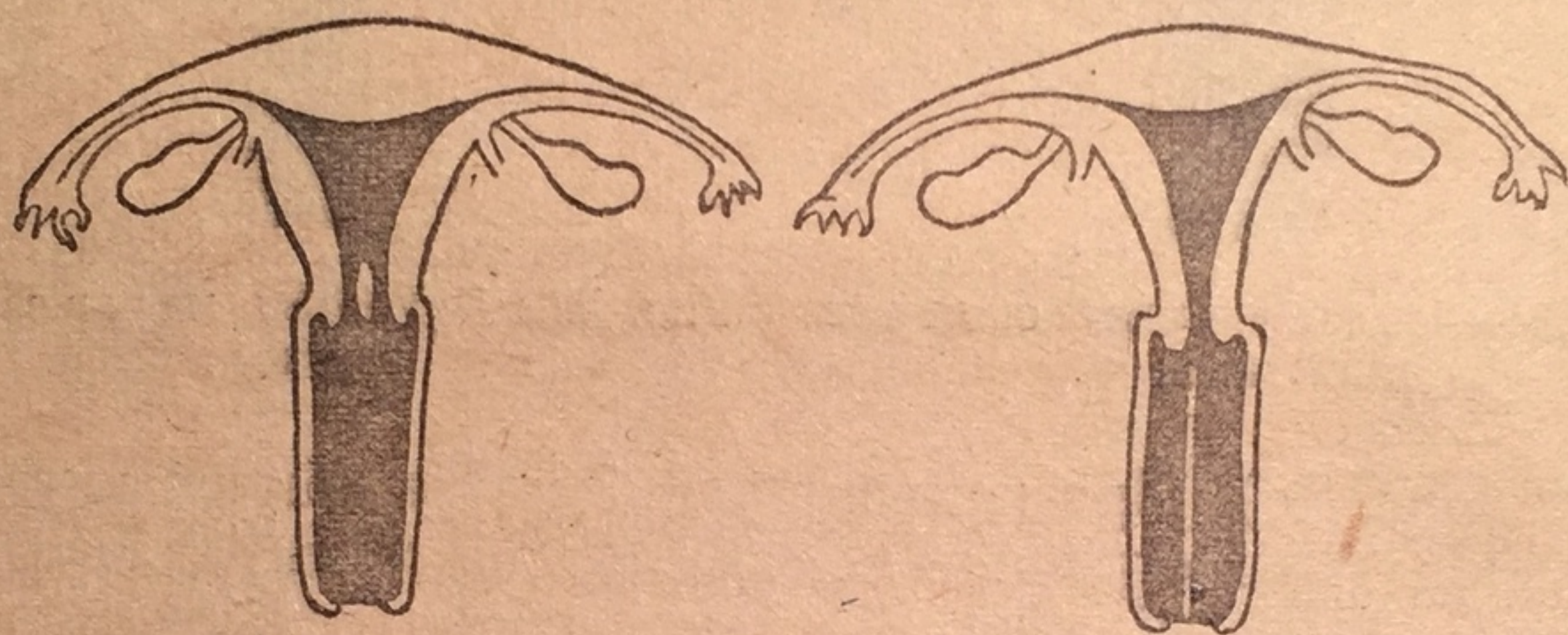


Рис. 61. *Uterus biforis*.

Рис. 62. Двойное влагалище (с перегородкой) при нормально развитой матке.

не может менструировать, но она размягчается, увеличивается несколько в объеме и заключает в себе отпадающую оболочку, которая изгоняется во время родов или в послеродовом периоде. Роды обычно протекают нормально.

При двуполостной матке наблюдаются иногда осложнения в послеродовом периоде, если часть последа прикреплена к перегородке. Перегородка в шейке матки и во влагалище может препятствовать изгнанию плода. Разрывы перегородки во время родов могут повести к сильным кровотечениям, требующим оперативного вмешательства для их остановки.

Для того, чтобы определить, с каким пороком развития мы имеем дело, необходимо тщательно исследовать больную как бимануально, так и при помощи инструментов (введение зеркал, зондирование). Так, введением двух зондов удастся определить наличие перегородок, высоту их расположения и положение обеих маток. Исследование производится следующим образом: сначала вводят зонд в одну полость, поручив его держать помощнику, а затем вводят другой зонд во вторую полость; если перегородка неполная, то верхушки зондов будут соприкасаться, что определяется по звуку.

К лечению удвоенной матки и влагалища прибегают в тех случаях, когда они вызывают нарушение нормальной функции поло-



вого аппарата. Так, иногда приходится иссекать перегородку, если она препятствует половым сношениям или нарушает течение беременности и родов. В отдельных случаях (правда, редких) при наличии двурогой матки прибегают к операции превращения двойной матки в одиночную.

### Пороки развития наружных половых органов

С пороками развития наружных половых органов приходится встречаться значительно реже. Они наблюдаются иногда у новорожденных. Здесь необходимо упомянуть о недоразвитии передней стенки мочеиспускательного канала (эписпадия), которое иногда сочетается с расщеплением нижней части передней брюшной стенки, лонного сочленения, клитора и сфинктера мочевого пузыря.

Недоразвитие задней стенки мочеиспускательного канала (гипоспадия) проявляется тем, что отверстие уретры находится во влагалище, а не в области преддверия его.

Наблюдаются случаи зарращения заднего прохода (atresia ani) или перемещения его в область преддверия влагалища (apud vestibularis). Затем бывают сращения больших и малых половых губ, изредка наблюдаются гипертрофические процессы (удлинение клитора, удлинение малых половых губ). Лечение вышеупомянутых пороков развития — преимущественно оперативное. Наконец, необходимо упомянуть о гермафродитизме, особенно в связи с тем, что этот вид порока имеет и судебно-медицинское значение.

### Двуснастие (гермафродитизм)

В первые 5—6 недель эмбриональной жизни плода зачаток половой железы одинаков у обоих полов. Лишь после этого срока можно гистологически определить наличие мужских и женских элементов в зачатке половой железы. В дальнейшей стадии развития плода в зависимости от преобладающего развития мужских или женских элементов будет выражен мужской или женский тип.

Истинный гермафродитизм характеризуется не только наличием мужских и женских элементов в половых железах, но и одновременным функционированием каждой железы сообразно своему полу; истинный гермафродитизм у людей не встречается.

Вопрос о двуснастии (гермафродитизме) возникает вследствие неопределенности строения наружных или внутренних половых органов или несоответствия между строением половых органов и вторичными половыми признаками. Такое состояние правильно именовать *ложным* гермафродитизмом, ибо пол определяется не строением половых органов и вторичными половыми признаками, а исключительно половой железой по ее функционирующим элементам.

Ложное двуснастие делится на мужское и женское.

При *женском* псевдогермафродитизме имеется значительно увеличенный клитор с резко выраженной крайней плотью, сращение больших и малых губ; половые железы женского типа.

При *мужском* псевдогермафродитизме половая железа мужского типа. Недоразвитый половой член похож на гипертрофированный клитор; отверстие уретры помещается более низко под недоразвитым половым членом; расщепленная мошонка напоминает большие половые губы; яички или совсем не спускаются из брюшной полости, или прощупываются в паховом канале или в больших губах. Мужской гермафродитизм встречается чаще женского, и на этом основании в сомнительных случаях следует причислять таких лиц к мужскому типу.



## НЕПРАВИЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ МАТКИ

Положение того или иного органа брюшной полости, в том числе и органов малого таза, нельзя рассматривать изолированно. Все органы прилегают непосредственно один к другому, и благодаря взаимной поддержке они находятся в более или менее постоянном равновесии, которое создается в брюшной полости взаимным влиянием диафрагмы, брюшной стенки и тазового дна. Связки и соединительнотканый мышечный аппарат малого таза помогают тазовым органам сохранять свое место в тазе и до известных пределов могут оказывать сопротивление повышенному давлению брюшной полости, создающемуся в силу физиологических или патологических условий.

Как известно, питание всех органов и тканей, их определенный тонус находится в несомненной зависимости от трофической функции нервной системы. Известно, что трофические расстройства в тканях и органах могут возникнуть в результате рефлекторного воздействия через нервную систему. Следовательно, несостоятельность брюшной стенки или тазового дна может быть обусловлена повреждением именно нервных аппаратов и должна в таких случаях рассматриваться как дистрофический процесс. Дистрофические изменения в тканях брюшной стенки и тазового дна, естественно, не могут не отражаться на брюшном давлении и на положении органов брюшной полости, благодаря чему последние могут изменять свое положение, смещаться.

По отношению к матке нужно иметь еще в виду, что состояние соседних органов (мочевого пузыря и кишечника) также отражается на ее положении.

Все сказанное, таким образом, говорит о том, что матка обладает известной подвижностью, и поэтому нельзя говорить о каком-то постоянном, определенно нормальном ее положении, а лишь о положении, наиболее для нее типичном.

Матка расположена в середине таза, дно ее обращено кпереди и кверху, а влагалищная часть направлена книзу и кзади. Такое положение матки носит название наклона — *versio*. В зависимости от того, куда будет обращено тело матки, различают: *anteversio* — нормальное (вернее, типичное) положение — тело матки обращено кпереди; *lateroversio* — к боковой стенке таза; *retroversio* — кзади.

На месте перехода шейки матки в тело образуется тупой угол, открытый кпереди; вершина угла соответствует области внутреннего зева. Такое расположение шейки по отношению к телу матки носит название флексии (*flexio*). Точно так же, как и в отношении наклона матки, в зависимости от того, куда будет открыт угол, может иметь место *anteflexio* — нормальное, типичное положение, *retroflexio* — перегиб матки кзади, *lateroflexio* — перегиб к боковой стенке таза.

Нормальным (типичным) положением (*anteflexio-versio uteri*) принято считать такое, при котором угол между телом матки и



шейкой открыт кпереди, тело матки также обращено кпереди, а влагалищная часть — кзади и книзу, причем наружный зев шейки матки находится на уровне интерспинальной линии, т. е. линии, соединяющей *spinae ischii*.

Наполненный мочевой пузырь отклоняет тело матки кзади; наполненная прямая кишка отодвигает шейку матки кпереди и кверху.

Если обнаруживается изменение положения матки, резко отличающееся от типичного, то говорят о ненормальном (патологическом) положении матки.

Различают следующие изменения положений матки:

1) измененная позиция (*positio*), т. е. перемещение матки целиком в полости таза;

2) наклонение всей матки к горизонтали (*versio*), причем угол между телом матки и шейкой почти сглаживается (*ante-, retro-, lateroversio*);

3) усиленный или измененный перегиб (*flexio*) — более острый угол между шейкой и телом (*anteflexio pathologica, retro-, latero-, flexio*);

4) поворот матки вдоль своей продольной оси (*torsio*);

5) выворот матки (*inversio uteri*).

Смещение матки (*dispositio*) представляет такое патологическое положение органа, когда вся матка подтянута вперед, назад или в сторону, или приподнята выше нормы (*elevatio*), или опущена (*descensus uteri*), или, наконец, выпадает за пределы половой щели (*prolapsus uteri*). В зависимости от того, куда будет смещена матка, различают *anteropositio* — смещение вперед, *retropositio* — смещение назад, *lateropositio* — смещение в сторону. Изменение позиции может явиться результатом давления на матку опухоли или же притягивания ее спайками к стенкам таза. Смещение матки кпереди (*anteropositio*) (рис. 63) вызывается расположенными в дугласовом пространстве опухолями, кровоизлиянием. Искусственно такое положение создается операцией прикрепления матки к брюшной стенке (вентрофиксация матки).

Смещение матки кзади (*retropositio*) вызывается большей частью укорочением крестцово-маточных связок, а также спайками в результате перенесенных воспалительных процессов. Реже происходит смещение матки кзади опухолями, помещающимися впереди ее. При исследовании всегда предварительно необходимо предложить опорожнить мочевой пузырь, так как переполненный пузырь отодвигает тело матки кзади. При *retropositio* вся матка лежит иногда в вогнутости крестцовой кости (рис. 64).

Смещение в сторону (*lateropositio*) происходит вследствие оттеснения матки к боковой стенке таза опухолью, расположенной в противоположной половине таза, или же инфильтратом в клетчатке. Кроме того, смещения могут произойти вследствие сморщивания широких маточных связок после перенесенных воспалительных процессов.



Приподнятое положение (*elevatio*) является результатом смещения матки из полости малого таза межсвязочно расположенными опухолями придатков, опухолями влагалища, скоплением крови

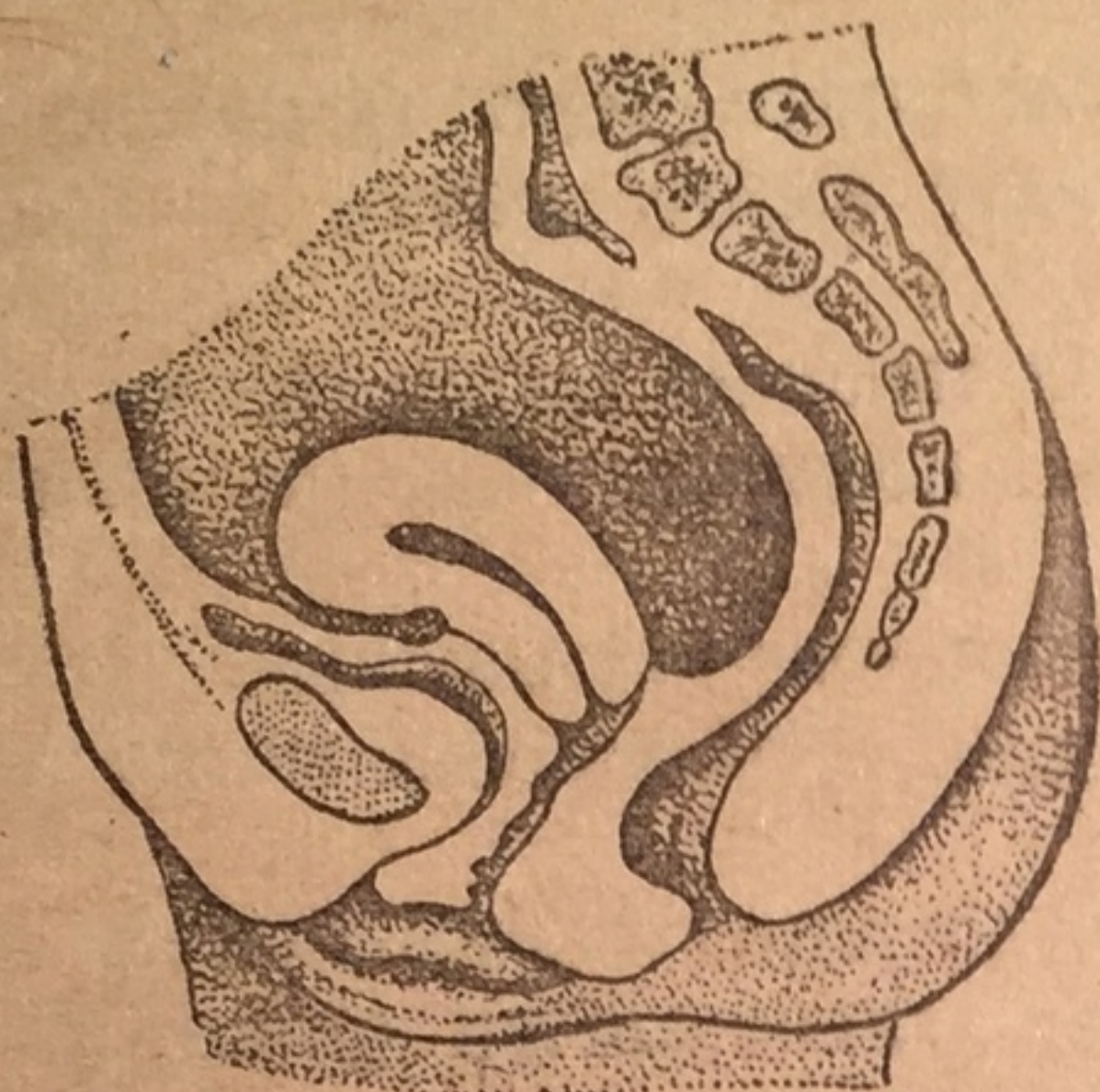


Рис. 63. Смещение матки кпереди (*anteversio*).

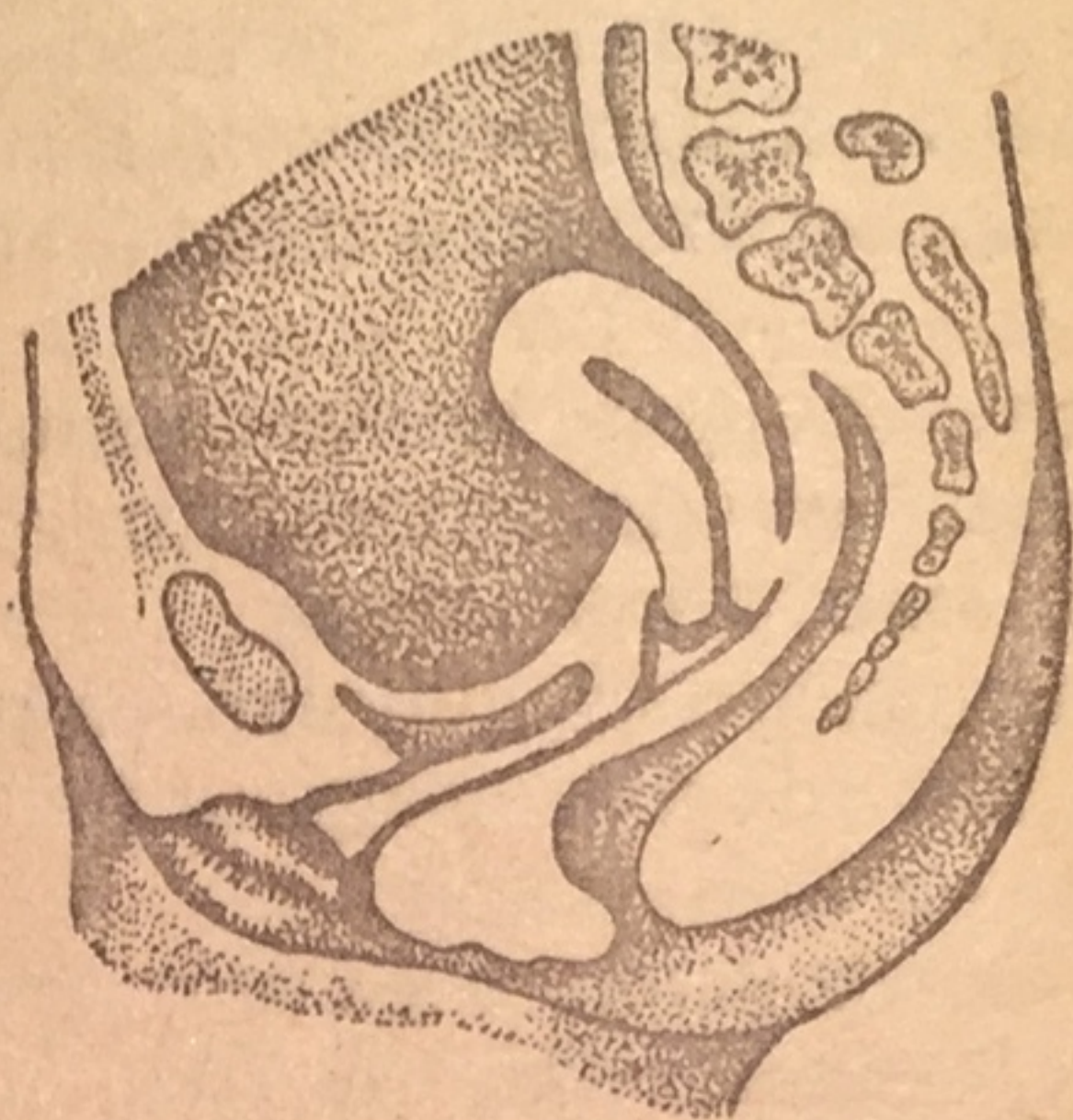


Рис. 64. Смещение матки кзади (*retroversio*) вследствие укорочения крестцово-маточных связок.

во влагалище при атрезии последнего (гематокольпос), опухолями прямой кишки и т. п. Искусственно такое положение может быть создано высоким фиксированием дна матки к брюшной стенке.

### Наклонения матки

Как уже было сказано, нормально (типично) матка лежит в положении *anteversio*. От этого положения, однако, могут быть различные отклонения в ту или иную сторону по отношению к стенкам таза: чрезмерное наклонение матки кпереди, так называемая патологическая антеверзия, кзади — ретроверзия, в сторону (вправо или влево) — латероверзия.

*Причины* возникновения патологических наклонений матки — самые разнообразные. Сюда относятся: недостаточность развития поддерживающего аппарата матки; инфантилизм, при котором отмечается врожденная короткость крестцово-маточных связок; всевозможные опухоли, осумкованные брюшные выпоты и, наконец, воспалительные процессы.

При *патологической антеверзии* при стоячем положении женщины дно матки оказывается стоящим ниже шейки матки, которая в отличие от нормы будет направлена кверху и кзади (рис. 65). Антеверзия матки наблюдается у беременных женщин с отвисшим животом, при наличии сращений передней маточной стенки с брюшинным покровом мочевого пузыря и при грыжах.

Наиболее важное значение в наклонениях матки имеет ретроверзия ее, при которой дно матки обращено кверху и кзади, шейка же матки — книзу и кпереди (рис. 66).

Такое положение возникает вследствие длительного пребывания женщины в лежачем положении на спине после родов и опера-



ций. Иногда оно возникает под влиянием тяжести тела матки при опухолях, при неправильной обратной инволюции матки после родов, при переполнении мочевого пузыря, при опущении влагалищных стенок и, наконец, при опускании кишечных петель в пузырно-маточное пространство, вследствие чего внутрибрюшное давление будет действовать на переднюю стенку матки.

Кроме вышеуказанных причин, значительную роль в образовании ретроверзии играют воспалительные процессы в тазовой брюшине, периметрит, локализующийся в дугласовом пространстве, воспаление заднего листка брюшины широкой связки и образование послеоперационных рубцов. Существует непосредственная

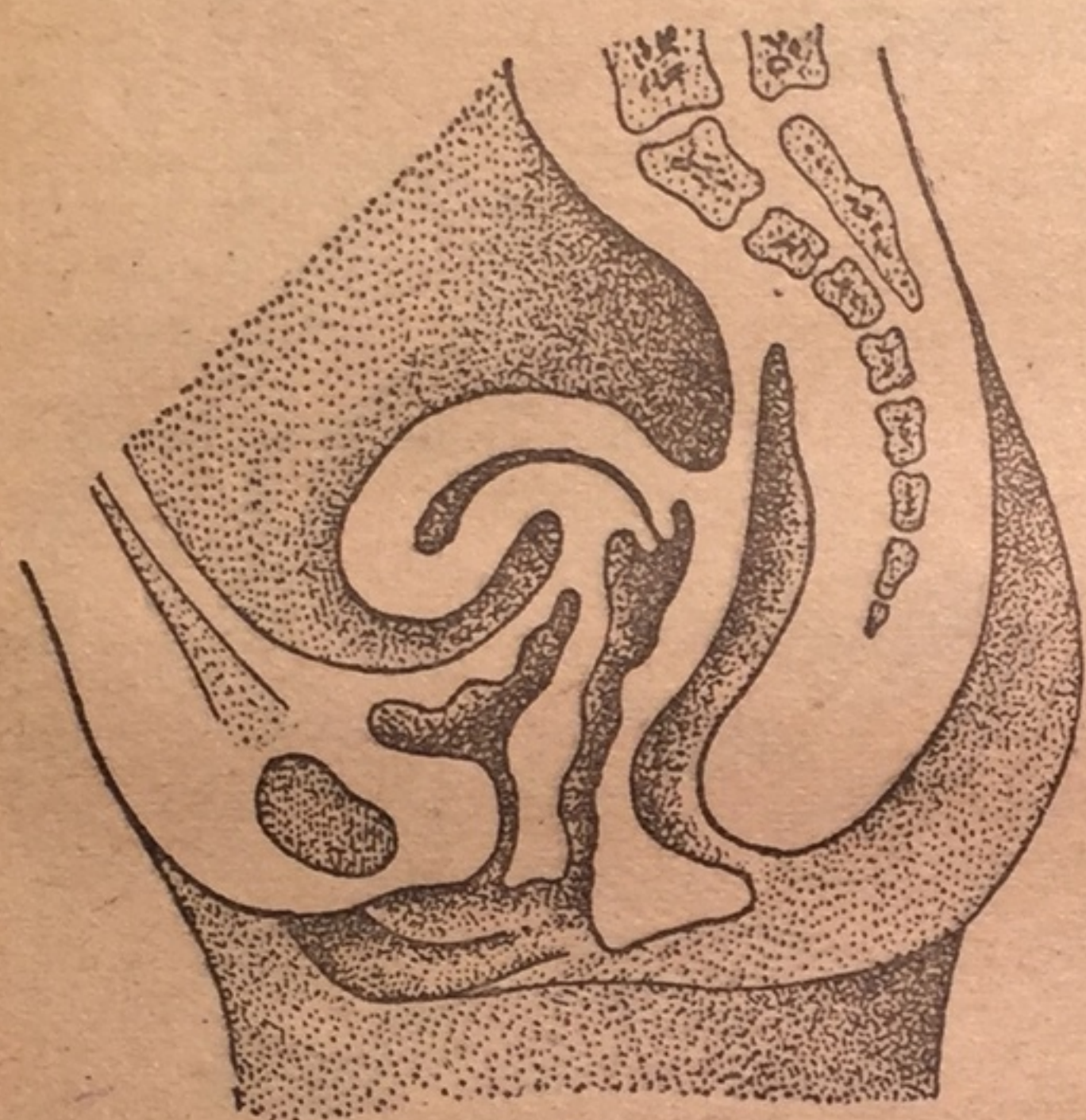


Рис. 65. Патологическая антеверзия матки.

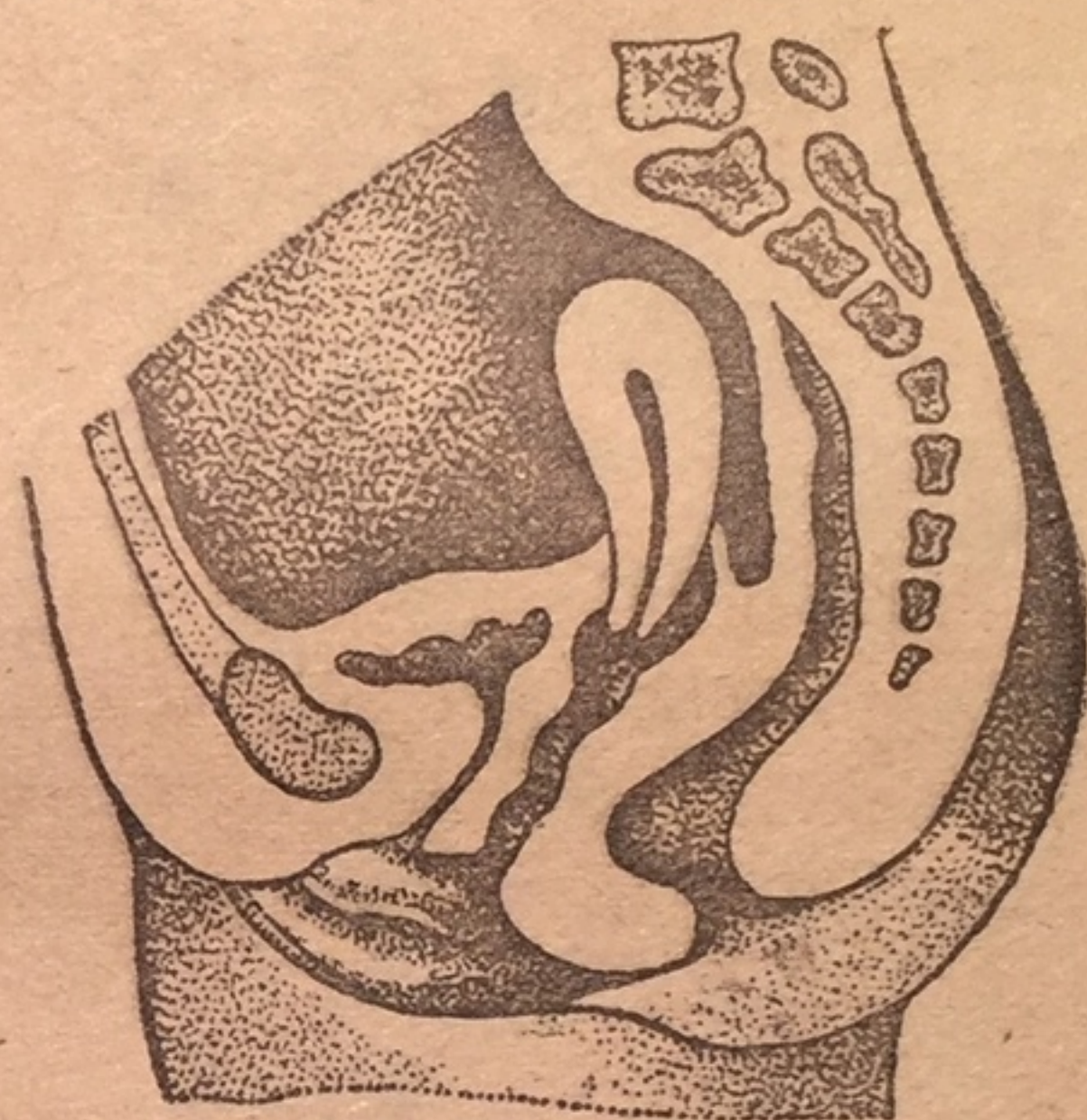


Рис. 66. Ретроверзия матки.

связь между ретроверзией и опущением влагалища на почве травмы промежности (см. ниже).

При наклонении матки к боковым стенкам (латероверзии) дно матки обращено кверху и в одну из боковых сторон, а шейка матки — книзу и в противоположную телу матки боковую сторону. Наклонение матки в сторону является результатом смещения тела матки опухолями, результатом воспалительного процесса в трубах и яичниках, воспаления околоматочной клетчатки (параметрит). Такое же влияние оказывают рубцы после операции удаления опухолей придатков.

При неправильных наклонениях матки (особенно при ретроверзии) последняя нередко увеличивается в объеме. Это объясняется тем, что под влиянием неправильного положения матки вены, проходящие в толще широких связок, сдавливаются и тем создаются затруднения для оттока крови. В то же время неправильное положение матки обычно не оказывает влияния на упругие артериальные сосуды, и приток крови к органу остается нормальным. В результате возникает застойная гиперемия матки, вследствие чего она становится отечной и увеличенной в объеме.



## Перегибы матки

Как уже было сказано, нормально тело матки по отношению к влагалищной части шейки располагается под тупым углом, обращенным кпереди; верхушка угла располагается в области внутреннего зева.

От нормального положения матки встречается целый ряд отклонений. Так, матка вместе с шейкой может представлять одну прямую или слегка дугообразную линию, иногда же она находится под углом и, смотря по тому, куда будет открыт угол, — кпереди, кзади, вправо или влево, — мы будем иметь антефлексию, ретрофлексию, перегиб матки вправо или влево.



Рис. 67. Патологическая антефлексия (гиперантефлексия) матки.

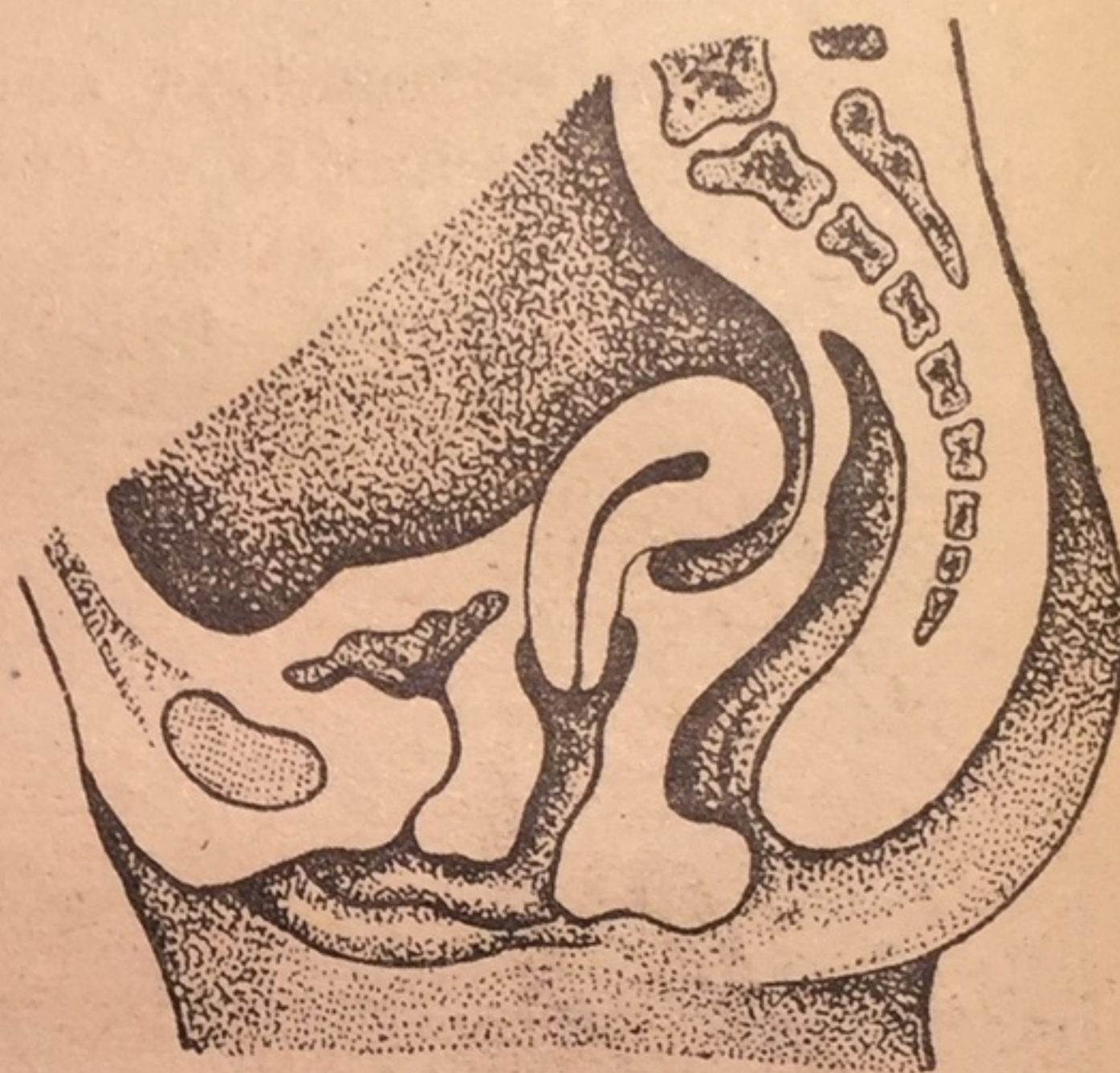


Рис. 68. Ретрофлексия — ретроверзия инфантильной матки.

От нормальной антефлексии (*anteflexio*) необходимо отличать *патологическую антефлексию* (рис. 67).

Одной из наиболее видных причин патологической антефлексии является инфантилизм, при котором наблюдается врожденное укорочение крестцово-маточных связок. В то время как последние оттягивают область внутреннего зева кзади, круглые связки при содействии внутрибрюшного давления, действующего на заднюю стенку матки, удерживают дно матки на нормальном месте; в результате получается резкая антефлексия. Являясь в большинстве случаев врожденной, эта аномалия бывает, однако, и приобретенной — как результат сморщивания крестцово-маточных связок после воспалительных процессов.

Перегиб матки *в ту или иную сторону* (*lateroflexio dextra et sinistra*) по большей части является результатом порочного развития, но он может быть и приобретенным — вследствие рубцовых изменений одной из широких маточных связок после перенесенного воспалительного процесса.

При *ретрофлексии* (*retroflexio*) влагалищная часть продвинута еще сильнее вперед. Зев направлен книзу, загнутое назад тело



матки нащупывается через задний свод в форме шаровидного тела (рис. 68). Ретрофлексия представляет собой дальнейшую ступень ретроверзии, и все то, что является причиной развития последней, целиком можно считать и причиной ретрофлексии матки.

Различают *подвижную* и *фиксированную ретрофлексию матки*. При подвижной ретрофлексии матка может быть легко выведена из этого положения при бимануальном исследовании; при наличии плотных спаек, фиксирующих матку в состоянии ретроверзии-флексии, вывести матку из этого состояния не удастся.

### Опущение и выпадение матки

Опущением называется смещение матки по оси таза книзу. Если матка смещается ниже своего нормального уровня, не выходя, однако, за пределы половой щели, то мы говорим об *опущении* матки (*descensus uteri*); если же она настолько смещена, что лежит

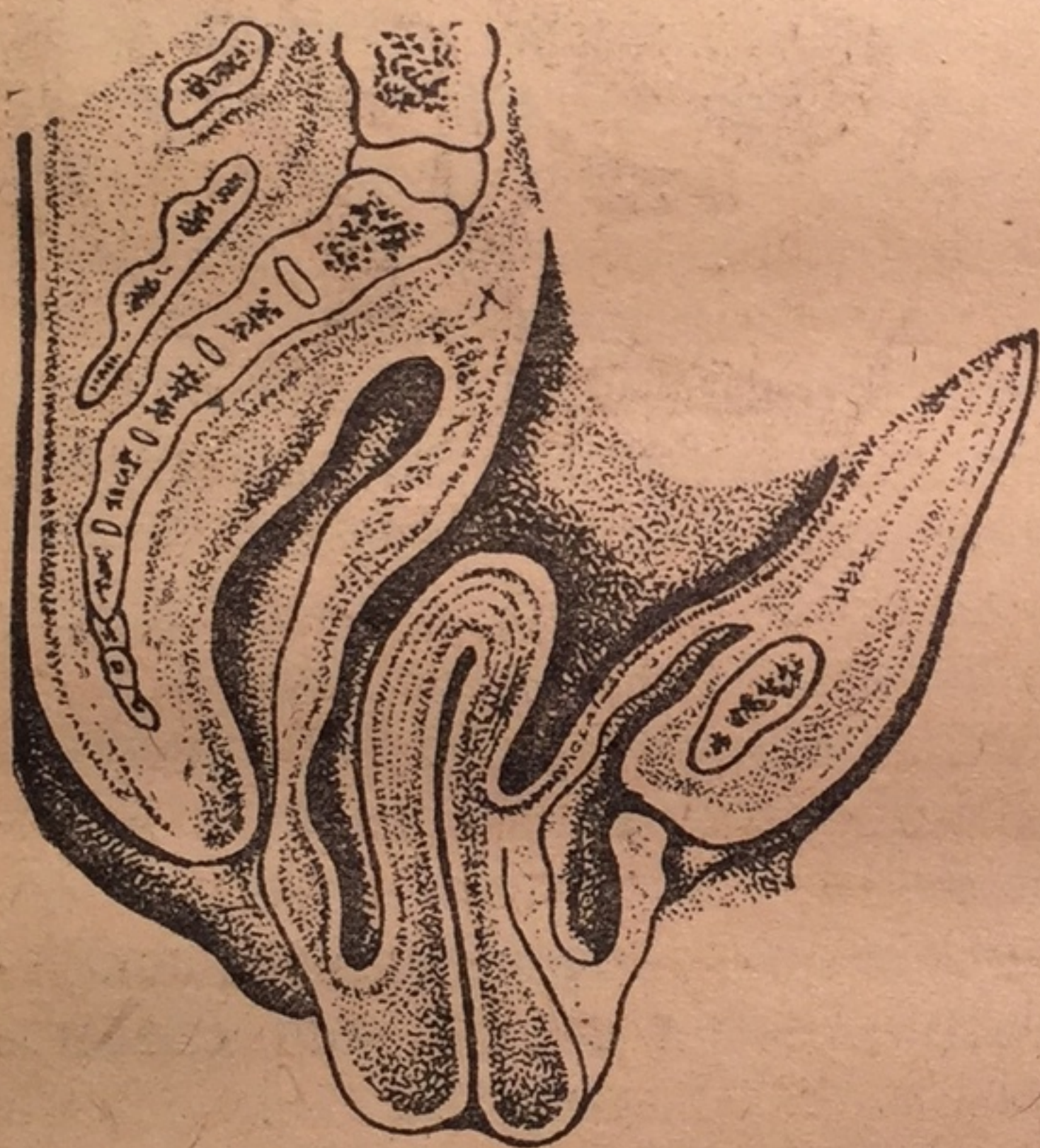


Рис. 69. Частичное выпадение матки, удлинение шейки и выпадение передней стенки влагалища.

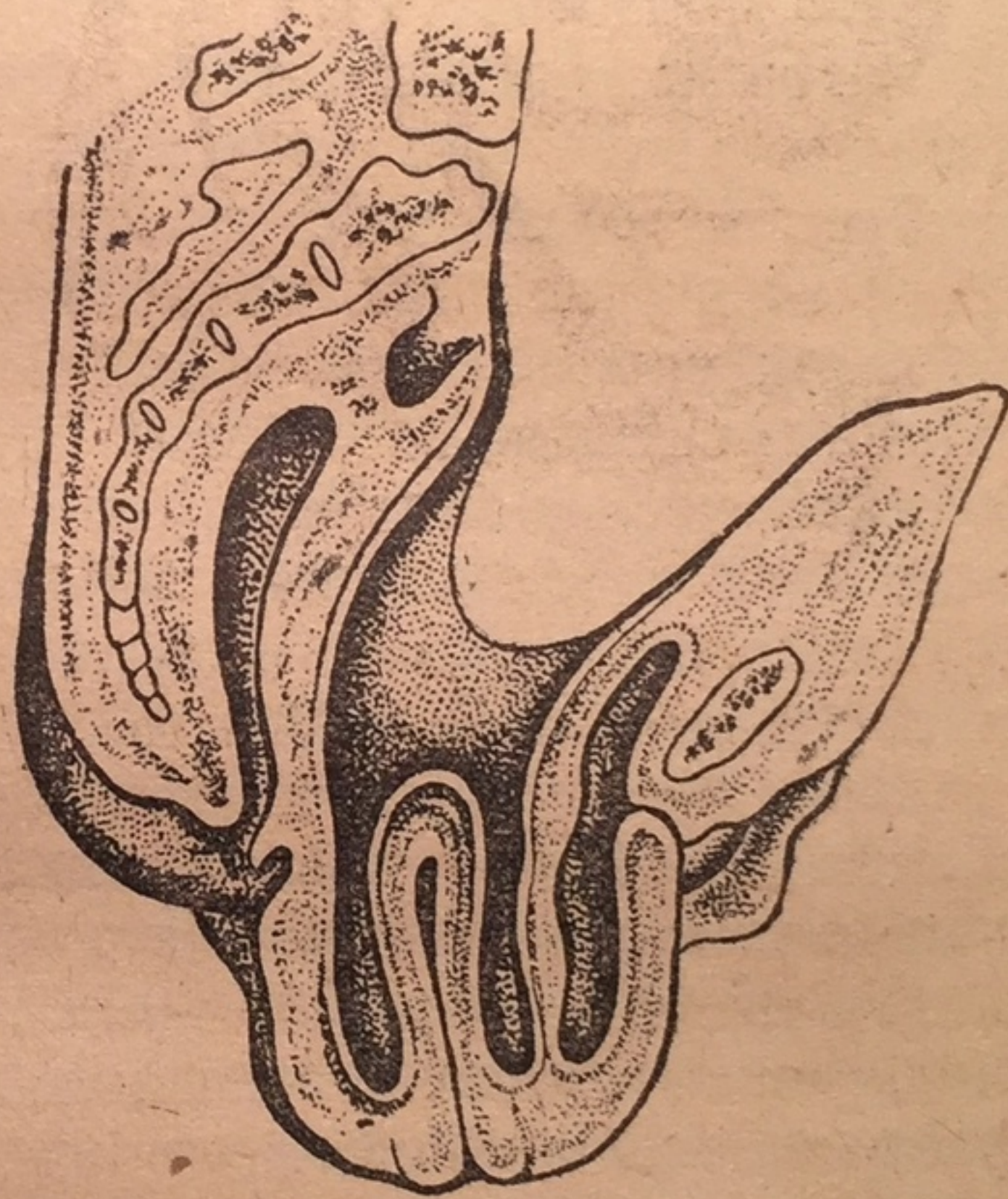


Рис. 70. Полное выпадение матки.

вне половой щели, то говорим о *выпадении* ее (*prolapsus uteri*); если выступает из половой щели только шейка матки, то мы имеем дело с частичным выпадением матки (*prolapsus uteri partialis*) (рис. 69); если она выпадает вся целиком, то говорят о *полном* выпадении (*prolapsus uteri totalis*) (рис. 70).

Если ткани, составляющие тазовое дно, разрываются или вследствие повторных растяжений и перерастяжений у многорожавших становятся недостаточными, то взаимное равновесие органов брюшной полости, создаваемое, как выше было сказано, сочетанной деятельностью мышц диафрагмы, брюшной стенки и тазо-



вого дна, нарушается. Давление со стороны диафрагмы и брюшной стенки не встречает соответствующего сопротивления со стороны дна малого таза, и вследствие этого тазовые органы смещаются под напором силы, действующей сверху.

Роль и значение разрывов промежности и повреждений тазового дна в происхождении неправильных положений матки, а также в этиологии опущений и выпадений тазовых органов чрезвычайно велики.

Разрывы промежности принято разделять на три степени: при первой степени повреждение ограничивается только кожей промежности и слизистой оболочкой влагалища; при разрывах второй степени нарушается целостность слизистой оболочки влагалища, кожи промежности, луковично-пещеристых мышц (или мышц, сжимающих вход во влагалище), поверхностной поперечной мышцы и фасции промежности; нередко повреждается при этом мышца, поднимающая задний проход; при разрывах третьей степени разрываются не только мышцы промежности, но и сфинктер заднего прохода.

Разрывы первой степени опасны тем, что могут служить входными воротами для инфекции, а потому, так же как и остальные, требуют наложения швов. Разрывы второй и третьей степеней, помимо проникновения инфекции, опасны еще и тем, что если они не были своевременно защищены, то могут явиться причиной опущения и выпадения половых органов, которые обычно развиваются в такой последовательности: сначала начинает опускаться передняя стенка влагалища, потерявшая вследствие разрыва мышц промежности свою естественную опору; опускаясь, стенка влагалища увлекает за собой и стенку мочевого пузыря.

Если при этом имеется недостаточность и расхождение пузырно-влагалищной мышечно-фасциальной пластинки, то стенка мочевого пузыря выпячивается настолько, что образует грыжу мочевого пузыря (cystocele). Степень опущения передней стенки влагалища и образование грыжи мочевого пузыря зависят от степени разрыва промежности.

Передняя стенка влагалища, постепенно опускаясь, начинает тянуть за собой влагалищную часть матки, которая вследствие этого перемещается кпереди. Перемещение шейки матки вперед не остается без влияния на положение матки, которая по закону рычага отклоняется назад, — возникает ретроверзия матки. Вместе с маткой меняют свое положение широкие связки, что ведет к сдавлению вен и образованию венозного застоя крови. Образовавшееся в силу вышесказанного нарушение кровообращения в тазу ведет к тому, что матка набухает, становится более тяжелой. Появляются боли и бели, а также неправильные месячные. Вслед за этим матка из состояния ретроверзии переходит в состояние ретроверзии-ретрофлексии и также начинает опускаться.

Наконец, как последний этап возникает (на почве разрыва промежности) выпадение запрокинутой назад матки, которое объек-



тивно проявляется в том, что опускающаяся матка начинает выступать за пределы входа во влагалище. Иногда отмечается выпадение только влагалищной части шейки матки (особенно у старух). Зависит это от того, что шейка, лишенная мышц вследствие старческой атрофии и увлекаемая опускающимися стенками влагалища, вытягивается в длину настолько, что выходит за пределы входа во влагалище. Нужно еще иметь в виду, что иногда промежность может казаться и неповрежденной; в действительности же неповрежденными остаются только кожа и слизистая оболочка влагалища, глубже лежащие же мышцы травмированы. Особенно часто наблюдается повреждение передних ножек мышцы, поднимающей задний проход, отрыв их с той или другой стороны от места прикрепления.

Опущение задней стенки влагалища и выпадение стенки прямой кишки зависят от степени разрушения влагалищно-прямокишечной перегородки и растяжения мышц.

Клетчатка, соединяющая заднюю стенку влагалища с прямой кишкой, представляется более рыхлой, благодаря чему прямая кишка редко сопутствует выпадению задней стенки влагалища, но при наличии значительного опущения нижний отдел прямой кишки все же опускается вместе с влагалищной стенкой (rectocele).

Если матка удерживается связками в своем положении, то выпавшее влагалище тянет шейку до тех пор, пока связочный аппарат матки не ослабеет и тело матки не опустится; в отдельных случаях опускающиеся стенки влагалища настолько вытягивают шейку матки, что она удлинняется в два и даже в три раза (elongatio colli).

Необходимо заметить, однако, что опущение и выпадение половых органов не всегда идет в той последовательности, как это описано выше, и может задержаться на том или ином этапе своего развития. Повидимому, не только само нарушение целостности тазового дна, но и ряд других моментов, являющихся следствием этого нарушения, играют немалую роль в развитии процесса опущения и выпадения половых органов. Так, не без влияния остаются происходящие при родовой травме тазового дна нарушения иннервации мышц таза, ведущие к трофическим расстройствам и к ослаблению аппарата половых органов.

### Симптомы неправильных положений матки

Неправильное положение матки нередко протекает без всяких симптомов и обнаруживается случайно при исследовании. В то же время к числу довольно частых жалоб, главным образом при ретроверзии-флексии матки, нужно отнести следующие.

1. *Меноррагии* — как следствие гиперемии матки, обусловленной застойными явлениями в тазе. При этом больные жалуются на болезненное ощущение тяжести перед месячными, что вызывается давлением гиперемизированной матки на окружающие ткани.



2. *Бели.* Застойные явления в тазе нередко ведут к гиперпластическим процессам в эндометрии, что способствует повышенной секреции слизистой оболочки матки.

3. *Боли.* Обычно больные жалуются на боли в крестце при дефекации, иногда на боли в ногах, особенно при длительном стоянии. Необходимо отметить, что локализация болей может быть весьма различной, так же как и их интенсивность, и зависит часто от тех воспалительных процессов, которые впоследствии ведут к образованию стойких неправильных положений матки.

4. *Расстройства дефекации.* Часто больные указывают на боли при дефекации, обусловленные смещением матки при натуживании, на неприятное чувство давления на прямую кишку и т. п. Болезненная дефекация, застойная гиперемия вследствие нарушения кровообращения в тазе и стремление больных к покою вследствие болезненных ощущений — все это ведет сперва к произвольной задержке стула и в дальнейшем способствует возникновению хронических запоров.

5. *Расстройства мочеиспускания.* Жалобы на учащенное мочеиспускание появляются тогда, когда матка (при патологической антефлексии) давит на мочевой пузырь или это давление обусловлено шейкой матки при ретроверзии последней. В то же время ретроверзия-флексия матки может способствовать бесплодию вследствие перемещения наружного зева кпереди; сперма скопляется в заднем своде, и попадание ее в матку затруднено.

При опущениях и выпадениях матки и влагалища симптомы нарастают обычно в известной последовательности. Ранним симптомом является учащенное мочеиспускание как следствие неполного опорожнения мочевого пузыря. Как уже выше было указано, при разрывах промежности вначале опускается передняя стенка влагалища, а вместе с ней частично и мочевой пузырь.

По мере дальнейшего опущения может образоваться грыжевое выпячивание мочевого пузыря, вследствие чего часть пузыря будет находиться ниже уровня внутреннего отверстия уретры, а находящаяся там моча не сможет вытечь и задерживается. После мочеиспускания больная испытывает чувство неполного опорожнения пузыря, что вскоре вызывает новый позыв к мочеиспусканию. При большом опущении передней стенки влагалища вместе с пузырем больные нередко страдают относительным недержанием мочи вследствие растяжения и неполного смыкания внутреннего сфинктера мочевого пузыря. При выпадении матки вследствие механического сдавления и перегиба уретры чаще наблюдается, наоборот, задержка мочеиспускания, и больные указывают обычно, что мочеиспускание возможно только после вправления выпадающих органов.

По мере того как за опущением передней стенки влагалища развивается ретроверзия матки, могут появиться симптомы, свойственные этому неправильному положению, о чем мы уже говорили выше. При вполне развившемся выпадении матки присоединяются



жалобы на чувство напирания вниз, затруднение при ходьбе, задержку стула и мочеиспускания.

Диагностика выпадения нетрудна. При выпадении матки впереди наружных половых органов находят вывернутое влагалище в форме грушевидного образования, в толще которого прощупывается матка. На наиболее выдающейся части вывернутого влагалища находится (обычно расширенный) наружный зев матки.

Слизистая оболочка выпадающего влагалища представляется бледной, сухой и похожа на кожу. В окружности наружного зева, а иногда и на боковых поверхностях слизистой часто имеются пролежни в виде изъязвлений. Доброкачественность этих язв очевидна сразу: они неглубоки, очертания их неправильны, дно гладкое и блестящее. При ощупывании выпавших органов через стенки вывернутого влагалища удается прощупать удлиненную плотную шейку матки или всю матку.

Обычно в начале заболевания выпадающие органы легко вправляются самой больной; в дальнейшем, с развитием отека состояния, вправление их затрудняется.

Вследствие изъязвления влагалищной части и стенок влагалища при выпадениях матки наблюдаются клейкие жидкогнойные выделения. Менструальные кровотечения нередко бывают обильными и неправильными. Беременность при значительном выпадении наблюдается редко.

При постановке диагноза необходимо отличать выпадение влагалища от кисты влагалища и опухолей, которые могут выступать из последнего; необходимо также помнить, что может быть удлинение шейки при нормальном положении матки и влагалища.

Для определения причины выпадения надо исследовать состояние мышц промежности и связок матки, в частности определить состояние мышцы, поднимающей задний проход (для чего больную нужно заставить произвольно сжать сфинктер прямой кишки), и состояние крестцово-маточных связок. Это исследование должно производиться через влагалище и через прямую кишку.

Для определения функциональной способности мышцы, поднимающей задний проход, больной предлагают втянуть задний проход, как это делается при желании задержать газы или испражнения; при этом напрягаются мышцы и связки, что дает возможность определить при ощупывании степень расхождения и расслабления их.

Необходимо, наконец, помнить о возможности ущемления выпавшей матки в половой щели. Это осложнение обычно сопровождается симптомами шока: отмечаются резкая боль, тошнота, рвота, обморочное состояние. В случае неоказания такой больной своевременной оперативной помощи ущемленная матка может омертветь.

Несколько обособленно в смысле симптоматологии и частоты стоят *поворот* матки вокруг оси (*torsio*) и *выворот* матки (*inversio*).

Перекручивание матки вокруг своей оси наблюдается чрезвычайно редко и происходит под влиянием механических причин (растущих фибромиом,



опухолей, яичников). Если перекручивается вся матка вокруг продольной оси, то говорят о повороте (*rotatio*) матки, если же перекручивается только тело матки по отношению к шейке — то о перекручивании (*torsio*) матки.

Подобное перекручивание может повести к серьезным осложнениям: образованию кровяной опухоли матки вследствие затруднения оттока менструальной крови через цервикальный канал. У женщин, не менструирующих вследствие отека, венозного застоя и повышенной секреции желез матки, может образоваться гидрометра (скопление жидкости в полости матки). При попадании инфекции и в том и в другом случае образуется пиометра (скопление гноя в матке).

Описаны случаи гангрены матки на почве нарушения кровообращения при перекручивании. Диагноз при этом весьма затруднен.

### Выворот матки

Под выворотом матки (*inversio uteri*) (рис. 71) понимают такого рода смещение ее, когда внутренняя поверхность матки, слизистая оболочка, обращена кнаружи, а брюшная поверхность — внутрь. Если в смещении принимает участие вся матка, за исключением влагалищной части, которая остается на месте, то говорят о полном вывороте. При неполном вывороте только дно матки вдается в ее полость.

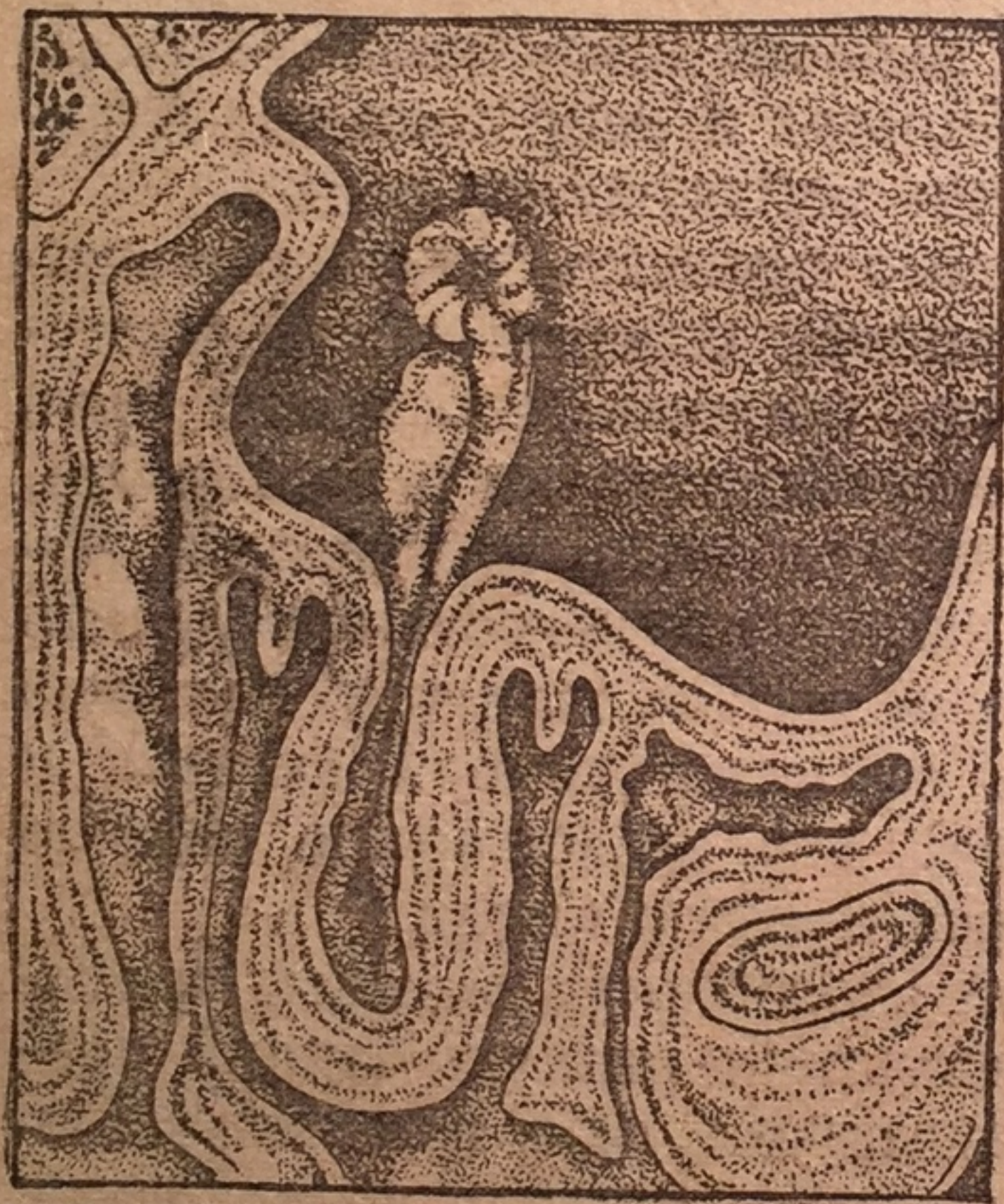


Рис. 71. Выворот матки после родов.

Для образования выворота матки необходимо, чтобы стенки тела ее были расслаблены, цервикальный канал был раскрыт и чтобы на дно матки действовала по направлению сверху вниз какая-нибудь влекущая или давящая сила. Чаще всего все эти условия имеются во время родов — в периоде выделения детского места (прием Креде при дряблой матке, выделение последа подтягиванием за пуповину и т. п.). Гораздо реже такое смещение может быть вызвано опухолями, например подслизистой миомой, исходящей из дна матки. Если

при этом ножка опухоли длинна, тонка и податлива, то рождение такого полипа не ведет за собой выворота; если же она коротка, толста и нерастяжима, то, рождаясь, опухоль может повлечь за собой стенку матки и вывернуть последнюю.

Если выворот матки после родов не распознается и не предпринимается своевременное лечение, то инволюция матки происходит в этом неправильном положении, результатом чего является хронический выворот матки. Указанное смещение матки принадлежит к числу очень серьезных заболеваний. Больные жалуются при этом на ощущение постоянного напирания вниз. Больше всего



их беспокоят обильные месячные, несвоевременные кровотечения и обильные жидкие бели.

Распознавание выворота не представляет особых затруднений: пальцем, введенным во влагалище, прощупывается круглое образование, которое кверху переходит в края расширенного в виде плотного кольца зева. При осмотре при помощи зеркал находят, что поверхность обнаруженного образования сине-багрового цвета, испещрена более или менее глубокими изъязвлениями, иногда некротизирована, легко кровоточит. Наружной рукой прощупывается на месте матки воронкообразное углубление, в котором помещаются трубы и яичник. При невнимательном обследовании выворот матки можно принять за субмукозный фиброматозный узел, родившийся из полости матки.

Прощупывание тела матки в полости таза, возможность введения пальца в полость матки через расширенный зев и прощупывание ножки полипа, отходящей от стенок или дна матки, помогают поставить правильный диагноз.

### Лечение неправильных положений матки

Лечение неправильных положений матки может быть консервативным и хирургическим и имеет целью устранение патологических симптомов путем приведения матки в нормальное (типичное) положение и удержания ее в этом правильном положении.

Необходимо прежде всего отметить, что не всегда неправильные положения матки (патологическая антефлексия, ретроверзия-флексия) требуют лечения. Если они не вызывают никаких субъективных и функциональных расстройств, то само по себе неправильное положение матки не является показанием к лечению. Таковым служит наличие тех или иных симптомов (боли, частое мочеиспускание, неправильные месячные, бели и т. п.). Если указанные неправильные положения сопровождаются воспалительными процессами, то прежде всего последние должны быть излечены, и только в тех случаях, когда их излечение не повлекло за собой исчезновения болезненных симптомов, приступают к лечению неправильного положения матки.

Лечение подвижной ретрофлексии матки состоит в исправлении этого положения и в фиксировании матки в исправленном положении.

Исправление производится ручными приемами при обычном положении больной на спине. Двумя пальцами одной руки, введенными во влагалище, надавливают на матку со стороны заднего свода и стремятся приподнять и вывести тело матки из крестцовой впадины. Выведенное таким путем тело матки наружной рукой направляют к лонному сочленению. Во время действия наружной рукой пальцы во влагалище перемещают в передний свод и надавливают на влагалищную часть в направлении кзади, придавая последней нормальное положение. Исправленное положение матки



удерживается введенным во влагалище pessarium (рис. 72 и 73). Пессарий, правильно подобранный и хорошо введенный, удерживает матку в нормальном положении, несколько не беспокоя больную.

Пессарии изготавливаются из твердого каучука и целлулоида. При ношении пессария больные должны ежедневно делать спринцевания, иначе кольцо загрязняется маточными и влагалищными выделениями, вследствие чего получают отложения вокруг кольца и раздражение слизистой оболочки; кроме того, больные периодически должны показываться врачу для того, чтобы проверить положение матки и убедиться в отсутствии пролежней от кольца. Нельзя применять пессарий при наличии катарра влагалища и эрозий шейки, так как ношение его будет усиливать воспаление.

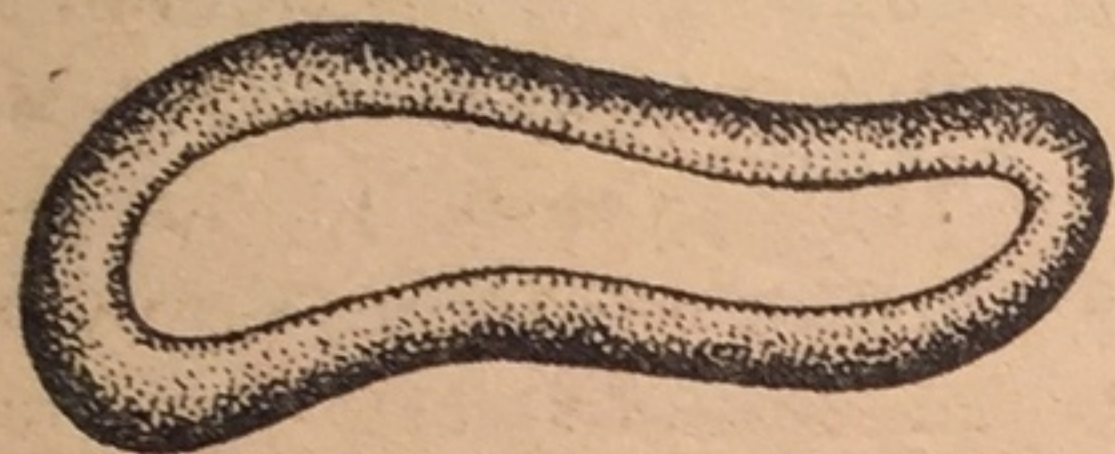


Рис. 72. Пессарий.

В тех случаях, когда ретроверзия-флексия матки обусловлена рыхлыми сращениями на почве бывших воспалительных процессов, может быть испробован гинекологический массаж. При плотных же рубцовых сращениях предпочтителен оперативный метод лечения, заключающийся в том, что после разрушения спаек матке придают нормальное положение путем укорочения круглых связок или фиксируют ее к передней брюшной стенке. Существует несколько способов этих операций. Там, где этиологическим моментом ретрофлексии матки является нарушение целостности тазового дна, последнее должно быть восстановлено путем соответствующих операций.

Наконец, если неправильное положение матки обусловлено наличием тех или иных опухолей, то также показано оперативное вмешательство с целью удаления таковых.

Лечение опущений и выпадений матки в принципе также должно сводиться к восстановлению нормального положения матки в сочетании с исправлением нарушений целостности тазового дна. Для этой цели предложено также очень много оперативных приемов. Большая часть их заключается в создании искусственного сужения просвета влагалища и восстановления целостности мышц, замыкающих вход во влагалище; другие оперативные приемы, кроме восстановления тазового дна, имеют целью фиксировать матку в нормальном положении. В старческом возрасте иногда прибегают к операции полного удаления влагалища и матки. В случаях отказа боль-

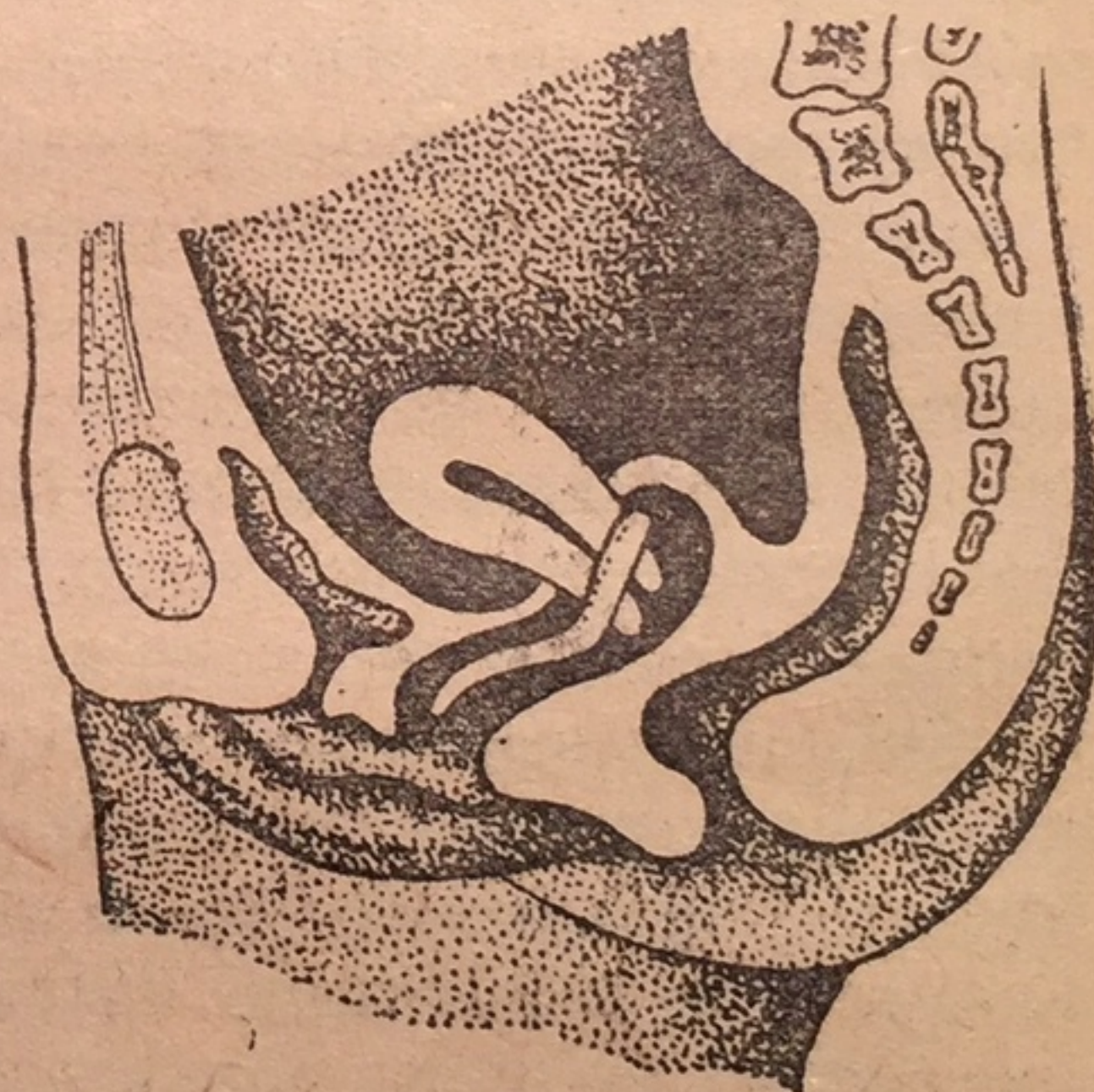


Рис. 73. Положение пессария во влагалище.

но отказываются от операции полного удаления влагалища и матки. В случаях отказа боль-



ной от операции или при болезнях легких, сердца и др. до недавнего времени для лечения выпадения широко применялись пессарии или кольца.

Нужно объяснить больной, что применением пессария болезнь вполне не излечивается.

В настоящее время, когда хорошо разработана техника безопасных оперативных методов лечения выпадений, к применению колец и пессариев прибегают редко. В случаях, когда необходимо все же применить кольцо, нужно иметь в виду нижеследующее: кольцо до введения смазывается вазелином, вставляется в косом размере в половую щель и при нажимании на заднюю стенку влагалища продвигается внутрь; при этом влагалищная часть шейки вставляется в просвет кольца. Если после натуживания больной кольцо не выпадает из влагалища, то больную отпускают домой, указав на необходимость делать больше движений в течение дня и вновь показаться на следующий день. Примерно через каждые три месяца кольцо должно выниматься. При наличии на выпавших половых органах изъязвлений необходимо, прежде чем вводить пессарий, залечить язвы.

При лечении возникших изъязвлений необходимо прописать больной постельный режим, вправив выпавшие органы, для удержания которых во влагалище вводится тампон, пропитанный вазелиновым маслом. Покойное положение выпавших органов способствует правильному кровообращению в тазе и быстрой эпителизации изъязвлений. Медикаментозное лечение изъязвлений заключается в ежедневных дезинфицирующих обмываниях с последующим применением не раздражающих мазей (ксероформная или риваноловая мазь, вазелиновое масло). Применение раздражающих веществ (древесный уксус, ляпис, сулема и т. п.) противопоказано.

Лечение выворота матки, происшедшего в послеродовом периоде, состоит в том, что вывернувшаяся матка осторожно вправляется обратно и удерживается введенными как в матку, так и во влагалище тампонами. Если выворот произошел на почве родившегося из полости матки миоматозного узла и после удаления его самостоятельно не вправился, то и в этом случае прибегают к вышеописанному приему.

Если этого сделать не удалось или если выворот застарелый, то приходится прибегать к операции, которая заключается в том, что разрезают переднюю или заднюю стенку вывернутой матки, после чего производят ее вправление. При застарелых выворотах с образованием плотных сращений иногда и такая операция технически невыполнима, и приходится вывернутую матку ампутировать.

Лечение перекручивания матки может быть только оперативным (удаление опухолей, рассечение рубцов или удаление матки).



## Профилактика неправильных положений матки

Профилактика неправильностей положения матки должна сводиться к устранению этиологических моментов, вызывающих эти заболевания. Так, например, неправильные положения матки могут развиваться в детском возрасте, если не следят за ребенком и допускают несвоевременное опорожнение мочевого пузыря и кишечника, что влияет на отклонение матки кзади.

Кроме того, важно обращать внимание родителей на вредность повышения внутрибрюшного давления путем физических перенапряжений. Если наше законодательство строго регулирует труд взрослых, а подростков в особенности, то в условиях домашнего быта встречаются еще иногда случаи, когда девочкам 8—9 лет доверяется «нянченье» и тасканье на руках своих годовалых братьев и сестер. Все это может отразиться как на общем развитии девочки, так и на положении ее внутренних органов, и матки в особенности.

Следующим периодом, в котором могут развиваться заболевания, вызванные неправильностью положения матки, является период замужества. Самопроизвольные и искусственные аборты с последующими воспалительными заболеваниями матки и неправильной и недостаточной ее инволюцией, неправильно проводимый послеродовой период с сопутствующими осложнениями — все эти моменты могут способствовать развитию неправильностей положения матки. В послеродовом периоде женщина не должна позволять себе сильных напряжений брюшного пресса, не должна рано вставать с постели (не ранее третьего дня — для повторных и четвертого-пятого дня — для первородящих), не должна также заниматься физической работой в период декретного отпуска после родов.

Необходимо следить за деятельностью кишечника и за достаточной инволюцией матки, так как плохо сокращающаяся матка, особенно при продолжительном лежании родильницы на спине, может перейти в состояние ретрофлексии-верзии, что может повести, как мы уже говорили, к выпадению матки.

Важную роль в неправильности положения матки, опущении ее и стенок влагалища играет нарушение целостности тазового дна. В профилактике этих состояний весьма важным является квалифицированная акушерская помощь, правильное ведение родов, рациональная защита промежности от разрывов. Если разрыв произошел, необходимо, чтобы целостность промежности немедленно была восстановлена. Наконец, не без влияния на положение матки, ее опущения и выпадения остается длительное перенапряжение брюшного пресса у физически неподготовленных лиц.

Физкультуре, которой в нашем Союзе уделяется столь большое внимание, принадлежит исключительно большая роль в профилактике неправильных положений матки. В значительной степени благодаря физкультуре создается здоровый, хорошо физически развитый, полноценный в функциональном отношении организм, с хорошей сопротивляемостью по отношению ко всяким вредным влияниям.



## Глава третья

### РАССТРОЙСТВА МЕНСТРУАЦИЙ

Концепция Вирхова, который в свое время рассматривал организм как сумму отдельных клеток, а патологические процессы — как результат местных изменений, происходящих в тех или иных тканях и органах под непосредственным влиянием раздражителя на их клетки, привела к ряду неверных положений в науке и, в частности, в патофизиологии. В свое время эта концепция нашла свое отражение в физиологии и в патологии менструальной функции, понимание которой также отрывалось от состояния организма в целом.

Однако еще в конце XIX и начале XX вв. ряд таких крупных ученых, как В. Ф. Снегирев, А. В. Репрев, Д. О. Отт и др., под влиянием идей И. М. Сеченова, И. П. Павлова и С. П. Боткина отрешились от локалистического (местного) понимания менструальной функции.

Начало правильному пониманию менструальной функции как совокупности периодически повторяющихся (циклических) функциональных изменений, протекающих в организме женщины, было положено Д. О. Оттом. Он первый сформулировал «закон периодичности волнообразных колебаний напряженности жизненных процессов в организме женщины».

Как известно, периодическое появление менструаций тесно связано с теми циклическими процессами, которые совершаются в яичнике и сводятся в конечном итоге к созреванию примордиальных фолликулов и переходу их в граафовы фолликулы, к лопанию граафова фолликула и последующему развитию желтого тела. Своевременность и периодичность происходящих в яичнике процессов обуславливают нормальный менструальный цикл как в смысле времени наступления менструации, так и в смысле ее продолжительности и количества теряемой крови.

Принимая во внимание, что вышеописанные процессы сопровождаются выделением в кровь эстрогенных гормонов и гормона желтого тела, в вопросах регуляции менструальных циклов основное значение придавалось гормональной регуляции. Роль нервной системы, роль условий внешней среды как в возникновении, так и в ритме менструальных циклов у здоровых женщин и при различных заболеваниях остаются еще и по настоящее время мало изученными.



В то же время мы знаем, что условия внешней среды, например климатические условия, общие условия жизни и питания, оказывают большое влияние на сроки полового созревания женского организма и функцию желез с внутренней секрецией (в частности, яичников). Хорошо также известно, что функция эндокринных желез, яичника и в особенности гипофиза тесно связана с состоянием нервной системы и высшим ее отделом — корой больших полушарий. Достаточно, например, вспомнить о так называемой «аменоррее военного времени», возникающей у женщин на почве психогенной травмы, чтобы понять ведущее значение высшего отдела центральной нервной системы — коры головного мозга. Только что сказанное заставило изменить взгляд на эндокринные железы как на такую замкнутую систему, которая недоступна для внешних влияний, отрешиться от ограниченного локалистического (местного) понимания физиологических и патологических процессов в отдельных органах и тканях и считать их связанными с функцией организма как органического целого.

Поэтому и расстройства менструаций должны нами рассматриваться как результат заболевания целостного организма под влиянием воздействий внешней среды.

Этиологические факторы расстройства менструального цикла могут быть весьма различны. Часто они вызываются различными гинекологическими заболеваниями, однако нужно иметь в виду, что нередко расстройства менструального цикла бывают связаны с заболеваниями, непосредственно не относящимися к половым органам. Нарушения менструальной функции могут возникнуть на почве острых и хронических инфекций, сердечно-сосудистых заболеваний, заболеваний крови, на почве заболеваний эндокринных желез, на почве заболеваний нервной системы. Наконец, нарушения менструальной функции могут быть вызваны некоторыми общими условиями жизни (война, связанные с ней переживания и нарушения питания).

Как известно, менструации у здоровых женщин появляются каждые 3—4 недели, продолжаются 3—5 дней, не вызывая нарушений общего состояния организма. Такой тип менструаций называют *нормальной менструацией*. При расстройствах менструального цикла могут наблюдаться следующие отклонения:

1) слишком малое количество крови при менструации — *скудная менструация (гипоменоррея)*; если при этом увеличиваются и интервалы между менструациями, то говорят об *олигоменоррее*;

2) отсутствие менструаций — *аменоррея*;

3) уменьшение промежутков между менструациями, частые менструации — *полименоррея*;

4) чрезмерно сильная менструация с сохранением обычного интервала между месячными или длящаяся больше обычного числа дней — *меноррагия*;

5) *болезненная менструация — дисменоррея*.



Прежде чем остановиться на отдельных видах нарушения менструального цикла, необходимо указать на те кровянистые выделения, которые наблюдаются иногда вне периода половой зрелости, т. е. в то время, когда обычно имеется физиологическая аменоррея. Такие кровянистые выделения наблюдаются, правда, редко, даже у новорожденных девочек; в таких случаях на 6—7-й день после рождения появляются небольшие слизистые выделения, окрашенные кровью и продолжающиеся в течение 1—2 суток. Хотя причиной подобных явлений некоторые считают механический застой крови вследствие повышенного давления (особенно при беременности большим ребенком), что ведет к набуханию и гиперемии слизистой оболочки матки новорожденного ребенка, тем не менее правильное мнение тех, которые объясняют появление упомянутых выделений у новорожденных влияниями гормонов плаценты.

Иногда в периоде полового созревания приходится наблюдать очень обильные кровотечения у девушек, что может привести к развитию резкой анемии. Причиной этих так называемых ювенильных кровотечений являются функциональные расстройства желез внутренней секреции на почве таких заболеваний, как гипертиреоз, хлороз, заболевания с нарушением обмена веществ (ожирение и др.).

К расстройствам менструации относят также случаи слишком раннего наступления месячных (*menstruatio praecox*), что обуславливается преждевременным половым созреванием. Так, например, описаны случаи наступления месячных у девочек 9—10 лет и даже ранее; в таких случаях наблюдается и раннее появление вторичных половых признаков (появление волосистости на лобке и в подмышечных впадинах, увеличение размеров таза, развитие наружных половых органов и молочных желез).

Этиология преждевременного полового созревания не всегда ясна. Описано немало случаев, когда подобная аномалия наблюдалась у девочек, страдающих опухолями яичников (чаще всего тератомами), а также опухолями гипофиза, надпочечников и т. д. То, что именно эти опухоли являлись причиной преждевременных менструаций, доказывается тем, что в ряде случаев удаление их вело к прекращению менструаций, к уменьшению молочных желез и даже к исчезновению волосистости на лобке.

В противоположность слишком раннему наступлению менструаций, наблюдаются случаи, когда менструация появляется слишком поздно (на 20—21-м году), так называемая запоздавшая менструация (*menstruatio tarda*).

Такое запаздывание менструации свидетельствует о позднем половом созревании, о позднем начале функционирования яичников.

Нередко в таких случаях наблюдаются признаки выраженного инфантилизма.



## Аменоррея

Различают аменоррею физиологическую, искусственно вызванную и патологическую.

Полное отсутствие менструации наблюдается при высокой степени инфантилизма, при остановке развития половых органов во внутриутробной жизни, при пороках развития матки и яичников.

Физиологически отсутствие менструаций наблюдается до наступления половой зрелости, после наступления климактерия, во время беременности и более или менее продолжительное время в период грудного кормления. Больше половины кормящих женщин не менструируют приблизительно в течение 5—6 месяцев после родов; при более длительном кормлении у большинства женщин менструации возобновляются.

В ряде случаев слишком длительного кормления грудью (больше года) наблюдается переход физиологической послеродовой аменорреи в патологическую, причем со стороны половых органов отмечается атрофия матки и яичников.

На границе с патологической аменорреей стоят те случаи, когда она развивается под влиянием тяжелой физической работы, при отсутствии у женщин каких-либо заболеваний как общего характера, так и локализующихся в половой сфере. Так, в дореволюционное время многие крестьянки в летний период во время тяжелых полевых работ совершенно не имели месячных, между тем как в зимнее время менструальная функция восстанавливалась у них в совершенно нормальном виде. Следует также отметить, что у обитательниц Крайнего Севера месячные физиологически отсутствуют во время длинной полярной зимы и восстанавливаются лишь с появлением солнечных дней.

Отсутствие месячных наблюдается часто у женщин в военные периоды. Эта форма аменорреи является результатом недостатка в пище белков, жиров, витаминов, а также нервно-психического состояния женщины (беспокойства, волнения, тяжелые заботы и т. п.). Эта форма аменорреи, различная по своей длительности, проходит обычно без всякого лечения в послевоенный период.

Психические влияния также могут играть роль в возникновении аменорреи (испуг, страх и т. д.).

Искусственно вызванная аменоррея наступает в результате оперативных вмешательств (удаление матки, яичников), после лучевой терапии, предпринимаемой по поводу заболеваний внутренних половых органов. Аменоррея может наступить в результате слишком усердного выскабливания слизистой оболочки матки, после длительного применения прижигающих веществ, впрыскиваний йода или после таких болезненных процессов, как отслаивающийся эндометрит.

Причиной патологической аменорреи могут быть различные не гинекологические заболевания. Так, например, аменоррея нередко наблюдается у молодых девушек, страдающих хлорозом,



иногда аменоррея является сопутствующим симптомом различных болезней обмена (ожирение, диабет, базедова болезнь и др.). Аменоррея может возникнуть также на почве тяжелых истощающих болезней (тиф, тяжелый нефрит, скарлатина). Особое значение имеет туберкулез, при котором аменоррея возникает вследствие общего истощения организма, а также поражения фолликулярного аппарата яичника и атрофии слизистой матки. Раннее слабоумие очень часто сопровождается аменорреей; часто сопровождаются аменорреей эпилепсия и наркомания, а маниакальные и реактивные состояния, наоборот, чаще сопровождаются кровотечениями.

Наряду со случаями, когда происхождение аменорреи у больной может быть поставлено в связь с тем или иным заболеванием организма, встречаются и такие, когда исследование не позволяет установить каких-либо выраженных сопутствующих заболеваний. Причину подобной аменорреи следует искать в заболеваниях нервной системы, обуславливающих нарушение корреляции желез с внутренней секрецией.

Аменоррея наблюдается также при опухолях, причем при доброкачественных опухолях аменоррея наблюдается лишь в тех случаях, когда опухоли развиваются в обоих яичниках и влекут за собой полное уничтожение фолликулярного аппарата яичников. Злокачественные опухоли могут сопровождаться аменорреей даже в тех случаях, когда поражается один яичник или другие органы.

Мочеполовые и кишечные свищи обычно также сопровождаются аменорреей; после закрытия свищей аменоррея исчезает. Причины аменорреи при свищах до сих пор остаются невыясненными; возможно, что основная роль здесь принадлежит нервно-психическим моментам.

Наконец, не следует забывать о случаях так называемой ложной аменорреи, когда менструальная кровь не выделяется наружу, а задерживается в том или ином месте по ходу полового канала вследствие заращения его (см. выше).

Симптомы аменорреи имеют большое сходство с так называемыми явлениями выпадения, которые наблюдаются при угасании функции яичников (климактерий). В легких, скоро проходящих случаях аменорреи сколько-нибудь заметные субъективные симптомы обычно отсутствуют; в тяжелых случаях часто выступают на первый план усталость, нерасположение к работе, чувство тяжести и давления в лонном сочленении, боли и чувство тяжести в крестце, ощущение жара, шума в ушах и т. д. Реже встречаются так называемые «викарные менструации», т. е. кровотечения из других органов: носа, горла, легких, кровоизлияния в глаз, кожу. В некоторых случаях аменоррея сменяется менструацией, при которой крови выделяется очень мало (гипоменоррея) или менструация появляется через длительные промежутки времени (олигоменоррея).



Лечение аменорреи должно быть направлено против заболевания, которое ее вызвало. Так, например, при туберкулезе легких, тяжелых нагноительных процессах, диабете необходимо лечить основную болезнь, с устранением которой проходит и аменоррея. Легкие случаи аменорреи, продолжительностью не дольше нескольких месяцев и не сопровождающиеся атрофией матки, обычно не требуют лечения. Трудно поддаются лечению больные, у которых наступил уже атрофический процесс в матке.

Не следует отказываться от лечения больных, страдающих аменорреей (особенно в молодом возрасте), даже в тех случаях, когда не удастся установить причины, вызвавшей аменоррею, или мало надежды на эффективность терапии. Назначение общеукрепляющего лечения в таких случаях может оказать благоприятное влияние на нервно-психическое состояние больной.

При явлениях недоразвития важным мероприятием является своевременное (в школьном возрасте) назначение занятий физкультурой, которая, способствуя развитию организма в целом, может содействовать и развитию половых органов. Не следует забывать о важности в таких случаях полноценного питания и пребывания на свежем воздухе. По назначению врача-специалиста может быть применена гормонотерапия (эстрогены, гормон желтого тела).

При аменоррее, вызванной гипофункцией яичника, терапевтические мероприятия должны быть направлены к усилению деятельности яичников. В таких случаях показаны физиотерапевтические процедуры (водолечение, диатермия, электротерапия), а также лечение гормонами (гонадотропный гормон, продуцируемый передней долей гипофиза).

### Меноррагия

Количество менструальных выделений в среднем составляет 50—200 г, причем количество теряемой чистой крови во время месячных колеблется в пределах 20—60 г (остальное количество падает на секрет маточных желез). Если кровопотеря во время менструации отражается на общем состоянии женщины, вызывая общую слабость, головокружение, побледнение, а иногда и обморочное состояние, то такую ненормальную кровопотерю во время месячных называют *меноррагией*. Таким образом, меноррагия по времени соответствует менструации, но отличается от нормальной менструации или обильной кровопотерей (гиперменоррея), или обильной и длительной кровопотерей с укорочением межменструальных промежутков. Если при нормальных менструациях кровь не свертывается, то при меноррагии больные часто отмечают выделение при менструации сгустков крови.

Причины меноррагии могут быть различны. Однако каковы бы эти причины ни были, нужно всегда учитывать, что в механизме развития любого расстройства менструального цикла нарушение



нервной регуляции менструальной функции является неизменным компонентом.

К числу общих заболеваний, вызывающих меноррагию, могут быть отнесены заболевания нервной системы, хлороз, некоторые формы анемий, тяжелые инфекционные заболевания.

Заболевания, развивающиеся вне половой сферы, могут повести к меноррагии или вследствие непосредственного поражения эндометрия, или вследствие нарушения кровообращения в тазе. Так, например, при инфекционных заболеваниях (тиф, грипп и др.) меноррагию обуславливают воспалительные процессы, которые могут возникнуть в слизистой оболочке матки, в то время как при заболеваниях сердца и легких, при циррозе печени, энтероптозе, при хронических запорах причиной меноррагий является застойная гиперемия органов малого таза. Нарушения кровообращения в органах малого таза могут вызываться также неправильным положением матки (ретрофлексия ее), опущением и выпадением матки и влагалища, варикозным расширением вен. Застойные явления в тазе наблюдаются также у лиц, длительно ведущих сидячий образ жизни.

Меноррагии наблюдаются при ненормальной половой жизни, при длительных термических раздражениях, например после горячих сидячих и ножных ванн, принимаемых по поводу различных заболеваний. Значительно чаще причиной меноррагии являются воспалительные процессы в эндометрии и миометрии, возникновение которых обусловлено обычно острой или хронической гонореей, а также инфекцией в связи с абортами, особенно криминальными.

Воспалительные процессы в тазе (воспаление тазовой брюшины и клетчатки, воспаление придатков, матки) также вызывают меноррагии, в остром периоде обусловленные гиперемией тазовых органов, а в хронической стадии — плохим сокращением матки вследствие спаек и сращений с другими органами и тканями.

Меноррагии на почве плохой сократительной способности матки наблюдаются нередко при инфантилизме, у женщин с плохо развитой маткой, у женщин, страдающих склерозом, особенно незадолго до наступления климактерического периода.

Кроме того, фибромиомы матки также могут вызывать меноррагию; интерстициально расположенные и особенно подслизистые фибромиомы, вызывая сильные кровопотери, нередко ведут к развитию вторичных анемий. При вступлении женщины в климактерический период, при угасании деятельности яичников нередко наблюдаются меноррагии, причем в таких случаях кровотечения являются обычно результатом возрастных изменений в мышце матки и в ее сосудах. Сильное развитие соединительной ткани за счет мышечной и связанный с этим артериосклероз, нарушающие правильную сокращаемость матки и сосудов, способствуют меноррагии. При бимануальном исследовании в таких случаях матка определяется плотной, одеревенелой, неэластичной. Однако не



следует без детального обследования больной относить подобные кровотечения за счет климактерия. Нужно помнить, что именно в этом возрасте чаще всего наблюдаются злокачественные новообразования матки, обуславливающие кровотечения.

Особую форму меноррагии представляет так называемая геморрагическая метропатия, которая возникает в результате аномалии деятельности яичника с образованием персистирующего фолликула (*folliculus persistens*). Сущность такого расстройства функции яичника заключается в том, что созревающий фолликул не доходит до овуляции, не лопается и тем самым не дает возможности развиться желтому телу. Гормоны такого длительно существующего персистирующего фолликула влияют на слизистую оболочку матки, поддерживая резкую гиперплазию и гиперемию последней в течение длительного времени, причем слизистая оболочка матки не переходит в фазу сгущивания поверхностных слоев эпителия (десквамации) и менструация задерживается. Однако через некоторое время утолщенная, гиперемированная и отечная слизистая оболочка матки подвергается поверхностному некрозу, что ведет к распаду слизистой и кровотечению. Следовательно, при геморрагической метропатии кровотечение наступает не в результате циклических процессов в яичнике, а в результате вышеописанных патологических изменений в слизистой оболочке матки.

Геморрагическая метропатия иногда обуславливается чрезмерной стимуляцией эндометрия эстрогенами, секретируемыми овариальными кистами, опухолями, развившимися из клеток гранулозы, фибромами яичников и т. п.

Таким образом, меноррагия является довольно распространенным симптомом целого ряда заболеваний и вызывается весьма разнообразными причинами.

Клинические наблюдения показывают, что нередко один вид расстройств менструального цикла переходит в другой. Например, при острых инфекционных заболеваниях, при заболеваниях эндокринных желез, а иногда и при наступлении нормального климактерия у некоторых больных наблюдается чередование кровотечений с аменореей различной продолжительности (до нескольких лет).

Этот переход одного вида нарушений месячных в другой свидетельствует о том, что в ряде случаев при этих расстройствах имеются общие причины и что аменорея и нарушение менструации, связанные с кровотечениями, должны рассматриваться лишь как форма (симптом), а не как существо патологического процесса. Поэтому лечению подлежит не меноррагия как таковая, а то основное заболевание, которое вызвало меноррагию. Вследствие этого принципы лечения меноррагии будут изложены в соответствующих главах.

При меноррагиях климактерического периода целесообразно направить больную к врачу-специалисту для решения вопроса о необходимости пробного выскабливания. Нельзя успокаивать



больных тем, что в их возрасте кровотечения прекратятся без всякого вмешательства вследствие приближающейся менопаузы; нельзя также при всякой меноррагии ограничиваться только кровоостанавливающими средствами, если диагноз точно не установлен, так как можно просмотреть начинающийся рак матки.

### Метроррагия

Если при кровотечениях отсутствует периодичность и если они бывают различной интенсивности, не зависящей от физиологического менструального цикла, то мы имеем дело не с расстройством менструации, а с атипическими кровотечениями, или *метроррагией*. Особенно ясно видно отсутствие связи этих кровотечений с овуляцией в тех случаях, когда после уже наступившего климактерия через несколько месяцев, а иногда и через несколько лет снова появляются кровотечения из половых путей. Такого рода послеклимактерические кровотечения ни в коей мере не должны считаться за вновь вернувшиеся месячные. К таким кровотечениям следует относиться чрезвычайно серьезно, так как они указывают на наличие тяжелых патологических изменений и чаще всего — на развитие злокачественных новообразований.

Метроррагии нередко возникают у женщин в связи с беременностью, при абортах, предлежании детского места, внематочной беременности, в послеродовом периоде и, наконец, при наличии в матке доброкачественных и злокачественных новообразований. После аборта иногда наблюдаются длительные кровотечения вследствие задержки в полости матки кусочков последа. Распознавание причины метроррагии в этом случае облегчается благодаря предшествовавшей аменоррее вследствие беременности.

Кровотечение при внематочной беременности происходит из полости матки, из которой после прерывания внематочной беременности изгоняется отпадающая оболочка. Кровотечение при этом обычно не бывает обильным, но может продолжаться от нескольких дней до нескольких недель. Кровотечения при предлежаниях детского места обычно наблюдаются в поздние сроки беременности и являются в высшей степени опасными. В послеродовом периоде кровотечения возникают преимущественно при задержке кусочков плаценты и прекращаются при самопроизвольном или оперативном удалении их, а также при субинволюции матки.

Метроррагии наблюдаются также в том случае, когда доброкачественные новообразования принимают полипозную форму и располагаются в маточной полости; сюда относятся подслизисто расположенные миоматозные узлы и полипы слизистой оболочки.

Метроррагии при злокачественных новообразованиях возникают вследствие распада опухоли и вследствие разъедания стенок сосудов; чаще всего такие кровотечения возникают при раке матки, причем они отличаются атипичным течением, часто появляясь вне всякой связи с месячными. Кровотечения вначале могут быть



незначительными — в виде мажущих выделений; при более обильных жидких белях имеются кровянисто-серозные выделения цвета мясных помоев. Кровотечения эти возникают и усиливаются при половых сношениях, при подъеме тяжестей, после внутреннего исследования и т. п.

Кроме вышеуказанных причин, атипические кровотечения наблюдаются при воспалении слизистой оболочки матки (эндометрите), при заболеваниях придатков; в этих случаях после нормальных или бывших уже до этого несколько обильных месячных наступает неправильного типа кровотечение различной силы и продолжительности, которое нередко прерывается паузами.

### Дисменоррея

Менструации у здоровых женщин протекают совершенно безболезненно.

Однако при некоторых заболеваниях, обычно гинекологических, менструации сопровождаются различными болевыми ощущениями.

В отдельных случаях приходится наблюдать женщин, которые вне периода месячных являются здоровыми, а менструации у них проходят настолько болезненно, что они вынуждены обращаться за медицинской помощью.

По характеру эти боли бывают самыми разнообразными. Иногда больные характеризуют их как тупые, ноющие, коликообразные, или они имеют характер схваток, причем иногда бывают настолько сильными, что лишают женщину работоспособности и даже приковывают ее к постели. Боли локализуются в нижней части живота, в пояснице, в крестце. Такие болезненные месячные называются *дисменорреей* (dysmenorrhoea).

Боли при дисменоррее могут наступать в различное время. Иногда они появляются за несколько дней до менструации и с наступлением менструации прекращаются, иногда появляются во время менструации или, наконец, к концу менструации. Боли продолжаются иногда в течение нескольких часов и затем проходят, а иногда продолжаются в течение всего менструального периода.

Несмотря на то, что дисменоррея разносторонне изучалась, многое в этом заболевании остается еще не выясненным, а многое, как теперь стало очевидным в свете учения И. П. Павлова, было ошибочным.

Ошибочным прежде всего было то, что боль при дисменоррее рассматривалась как результат только местных изменений в органах (матке), как результат чисто механических причин, например вследствие препятствий к выходу менструальной крови из матки (неправильное положение матки, сужение канала шейки матки, закрытие внутреннего зева полипами, подслизистыми миомами и т. п.). Равно и при воспалительных процессах, сопровождающихся расстройством менструации (дисменорреей), боль рас-



смаатривалась как результат усиленного притока крови к половым органам, как результат образования спаек вследствие перенесенного воспаления и т. п. Однако нельзя признать обоснованным объяснение дисменорреи чисто механическими причинами, о которых было только что сказано, уже хотя бы потому, что многие женщины, у которых также имеются перечисленные изменения в половых органах (неправильные положения матки, брюшинные спайки в результате перенесенных воспалительных заболеваний, в частности гонорреи, и т. п.), не страдают дисменорреей. Подтверждением сказанному является также тот факт, что устранение перечисленных «причин», например исправление неправильных положений матки, удаление полипов, далеко не всегда ведет к прекращению дисменорреи. Повидимому, в этом симптомокомплексе гораздо большее значение имеют недооцененные и не распознанные в таких случаях нарушения нервно-психических состояний больных.

Особенно отчетливо это выступает в тех случаях, когда никаких патологических изменений со стороны половых органов выявить не удастся, а дисменоррея имеется. Нередко в таких случаях обнаруживается какое-либо нервное заболевание, причем не требуется наличия резко выраженного и тяжелого нервного страдания; иногда нерезко выраженные расстройства нервной системы вызывают сильную дисменоррею.

Особенно часто дисменоррея наблюдается у анемичных и хлоротичных, слабосильных и плохо упитанных женщин, а также у лиц, которые находятся в угнетенном состоянии под влиянием каких-нибудь нервных переживаний. Дисменоррея встречается в различных формах у женщин, страдающих инфантилизмом, а также неврастенией, истерией.

Наконец, боль при дисменоррее может быть внушенной. Если, например, девочка слышит в семье от своих родственников, что у кого-то из них менструации протекают болезненно, этого иногда бывает достаточно, чтобы она сама при наступлении менструаций начала также испытывать боли. Иногда у впечатлительных особ присоединяется еще более или менее выраженный страх перед наступлением месячных. Что все это имеет место, подтверждается также теми фактами, что дисменоррея излечивается психотерапией путем снятия отрицательных эмоций и особенно страха боли.

Описанные факты свидетельствуют об огромной роли нервной системы, коры головного мозга в происхождении расстройств менструального цикла и, в частности, такого расстройства, как дисменоррея.

Импульсы, вызывающие патологические болевые рефлекторные реакции, могут быть различны. Они могут исходить из рецепторного аппарата половых органов и быть обусловлены различными патологическими процессами (воспалительные процессы, аномалии развития и положения половых органов, гормональные расстрой-



ства и т. п.), они могут исходить из внешней среды, причем особое значение в этом отношении имеют импульсы, посылаемые в кору головного мозга путем словесного воздействия, которые при известных условиях могут влиять не только на поведение человека, но и на функции различных органов и систем его организма. Но откуда бы они ни исходили, нужно всегда помнить, что только кора больших полушарий принадлежит функция оформления болевых ощущений.

Лечение дисменорреи прежде всего должно быть направлено к устранению причин, вызывающих рефлекс боли, что распознать не всегда легко. Вмешательства местного характера (исправление неправильных положений матки, расширение шейки матки и т. п.), как сказано, далеко не всегда дают эффект. Гораздо большее значение имеют мероприятия, направленные к лечению нарушений нервно-психического состояния женщин, страдающих дисменорреей. При соответствующих показаниях применяется гормонотерапия и физиотерапия. Для молодых женщин нужно рекомендовать занятия гимнастикой и спортом. В тех случаях, когда дисменоррея возникает в связи с воспалительными процессами, лечение должно быть направлено прежде всего на основное заболевание.

Наряду с причинным лечением, приходится прибегать иногда и к симптоматическому лечению, особенно в тех случаях, когда в половых органах не удастся обнаружить каких-либо патологических отклонений или же когда причину дисменорреи не сразу удастся выявить. К числу симптоматических средств относятся применение тепла в виде пузыря с горячей водой или согревающих компрессов на живот, горячие ванны.

Из лекарственных средств применяются антипирин по 0,3, пирамидон по 0,3, Extr. fl. Viburni pruni fol. по 30—40 капель в день, препараты брома по 0,5—1,0 на прием, салицилаты по 0,3—0,5 и, наконец, при сильных болях — наркотические средства: T-ra opii simplex., T-ra Belladonnae по 8—10 капель на прием, кодеин по 0,01—0,02.

В тех случаях, когда причиной дисменорреи являются нервные заболевания или выясняется, что она имеет условнорефлекторный характер, необходимо направить больную к специалисту-невропатологу.

Необходимо отметить несомненную связь дисменорреи с половой жизнью; так, иногда длительная дисменоррея, не поддающаяся никакому лечению, проходит при начале половой жизни, при наступлении беременности или же после родов. Повидимому, в таких случаях речь идет о недоразвитии половых органов (матки), которое ликвидируется в связи с началом половой жизни и наступлением беременности.



## Глава четвёртая

### ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

#### ВОЗБУДИТЕЛИ

Воспалительные заболевания женских половых органов инфекционного происхождения в гинекологической практике встречаются особенно часто.

Всякое инфекционное заболевание можно рассматривать как борьбу зараженного организма с возбудителем болезни. Для возникновения инфекционного заболевания недостаточно еще попадания того или иного микроба в организм; необходимо наличие еще целого ряда условий, способствующих возникновению воспалительного процесса. Так, например, известно немало случаев, когда у родильниц с нормальным течением послеродового периода находили в выделениях стрептококков и тем не менее никаких воспалительных процессов не возникало.

Это позволяет признать, что развитие инфекции в основном зависит от состояния защитных сил инфицированного организма и только во вторую очередь — от биологических особенностей возбудителя.

Говоря о реакции инфицированного организма, мы должны под этим понимать всю сумму различных процессов, протекающих в организме в ответ на раздражение (инфекцию).

Как известно, эти процессы весьма сложны. Они состоят из различных местных процессов, возникающих на месте попадания инфекции, и из рефлекторных изменений состояния нервных центров, в частности центров, регулирующих температуру тела, обмен веществ, деятельность сердца, реакцию кровеносных сосудов и др. Сочетаясь вместе, эти процессы и являются общей реакцией организма в ответ на изменившиеся условия в связи с проникновением в организм инфекции.

И. П. Павлов с гениальной простотой доказал, что ведущим звеном в различных реакциях, являющихся ответом на любое раздражение, исходящее из внешней или внутренней среды, является нервная система и в первую очередь высший ее отдел — кора больших полушарий головного мозга.

Поэтому все воспалительные процессы, наблюдаемые и в женских половых органах, по своему существу являются неврогенной



реакцией организма на то или иное внешнее воздействие (инфекцию) и протекают по типу рефлекторных реакций.

Характер и сила реакции, равно как течение и исход патологического процесса, определяются в первую очередь состоянием нервной системы заболевшего организма, а затем и рядом других условий, в частности вирулентностью и местом локализации инфекции, отчего зависит раздражение тех или иных рецепторов тканей и органов.

Среди многочисленных видов бактерий некоторые являются наиболее частыми возбудителями гинекологических заболеваний, а другие — лишь изредка. В огромном большинстве случаев возбудителями инфекционных заболеваний женских половых органов являются следующие: стрептококк, стафилококк, гонококк, кишечная и туберкулезная палочки.

Указанные микробы могут попасть в половые органы из воздуха, с белья, из кишечника вследствие близости заднего прохода; они заносятся при половых сношениях и, наконец, случайно могут быть занесены при исследовании и различных манипуляциях на половых органах. Обильнее всего микрофлора наружных половых органов, меньше микробов во влагалище, особенно в верхних его отделах, очень мало бактерий попадает в цервикальный канал, и, наконец, те отделы полового аппарата, которые лежат выше внутреннего зева, в нормальных условиях свободны от микробов. Этому способствуют бактерицидные свойства влагалищного секрета, механическое и бактерицидное препятствие для попадания бактерий в вышележащие отделы в виде слизистой пробки в шейке матки.

Однако при определенных физиологических состояниях женского полового аппарата создаются условия, когда бактерии из нижележащих отделов половых органов легко попадают сначала в цервикальный канал, а оттуда в матку, придатки (трубы) и даже через последние — в брюшную полость. Такими условиями будут: период менструации, послеродовой период, когда условия для доступа инфекции во внутренние половые органы особенно благоприятны. Вот почему начало инфекционных заболеваний часто совпадает именно с этими двумя периодами. Наконец, травма половых органов (родовая травма, оперативная, искусственные и самопроизвольные аборты) имеет очень большое значение в возникновении воспалительных инфекционных заболеваний.

Далее необходимо отметить, что различные виды микробов проникают в ткани далеко не одинаково и если для одних необходимо нарушение целостности покровов (слизистых оболочек), например для стафилококка, то для других (гонококк) это является совершенно необязательным, так как они проникают и через неповрежденные слизистые оболочки.

Локализация бактерий в тех или иных тканях имеет также немалое значение для развития и течения воспалительного процесса.



Однако решающая роль в исходе борьбы с инфекцией принадлежит тем защитным приспособлениям, которыми располагает организм человека.

Не останавливаясь пока на отдельных признаках воспалительного процесса того или иного отдела полового аппарата, а также на оценке каждого из них, мы охарактеризуем кратко те общие симптомы, которые свойственны большинству инфекционных гинекологических заболеваний. К таковым относятся бели, боли и кровотечения.

## ОБЩИЕ СИМПТОМЫ

### Бели

Во влагалище здоровой женщины имеется обычно небольшое количество выделений белого или слегка желтоватого цвета. Они образуются из отторгшихся клеток влагалищного эпителия, лейкоцитов (в незначительном количестве) и микроорганизмов, а жидкая часть влагалищного содержимого образуется за счет трансудации из сосудов подэпителиального слоя влагалищных стенок. Кроме того, перед менструацией к ним примешивается небольшое количество слизи из шейки матки. Если же слизи выделяется много, то это указывает уже на патологическое состояние шейки (катарры, эрозии). Секрет влагалища имеет кислую реакцию, окрашивая синюю лакмусовую бумажку в красный цвет. Кислая реакция влагалищного секрета обуславливается наличием в нем молочной кислоты, которая образуется под влиянием деятельности бактерий и главным образом влагалищной палочки Дёдерлейна.

По наличию во влагалище бактерий принято теперь различать четыре степени чистоты влагалищного содержимого. *Первая* степень чистоты (обычно у девственниц и у здоровых беременных женщин): под микроскопом в мазке можно видеть сплошь одни только влагалищные палочки и клетки плоского эпителия; других бактерий и лейкоцитов нет. *Вторая* степень: влагалищная палочка хотя и преобладает, но наряду с ней встречаются уже кокки и лейкоциты. *Третья* степень: влагалищных палочек еще меньше, преобладают кокки, много лейкоцитов. *Четвертая* степень: влагалищных палочек совсем нет; эпителиальные клетки единичны, много кокков, попадают стрептококки и другие бактерии, масса лейкоцитов (рис. 74).

Как выше уже было сказано, кислая реакция влагалищного секрета обусловлена содержанием в нем молочной кислоты, в присутствии которой бактерии не могут развиваться. Так как молочная кислота образуется в результате жизнедеятельности бактерий (влагалищной палочки), то отсюда можно заключить, что бактерии, которые имеются при первой и второй степенях чистоты влагалищного секрета, не только безвредны, но даже полезны. Третья и



четвертая степени чистоты указывают на патологическое состояние полового аппарата.

При воспалительных процессах количество выделений увеличено, они оставляют пятна на белье и причиняют большой ряд

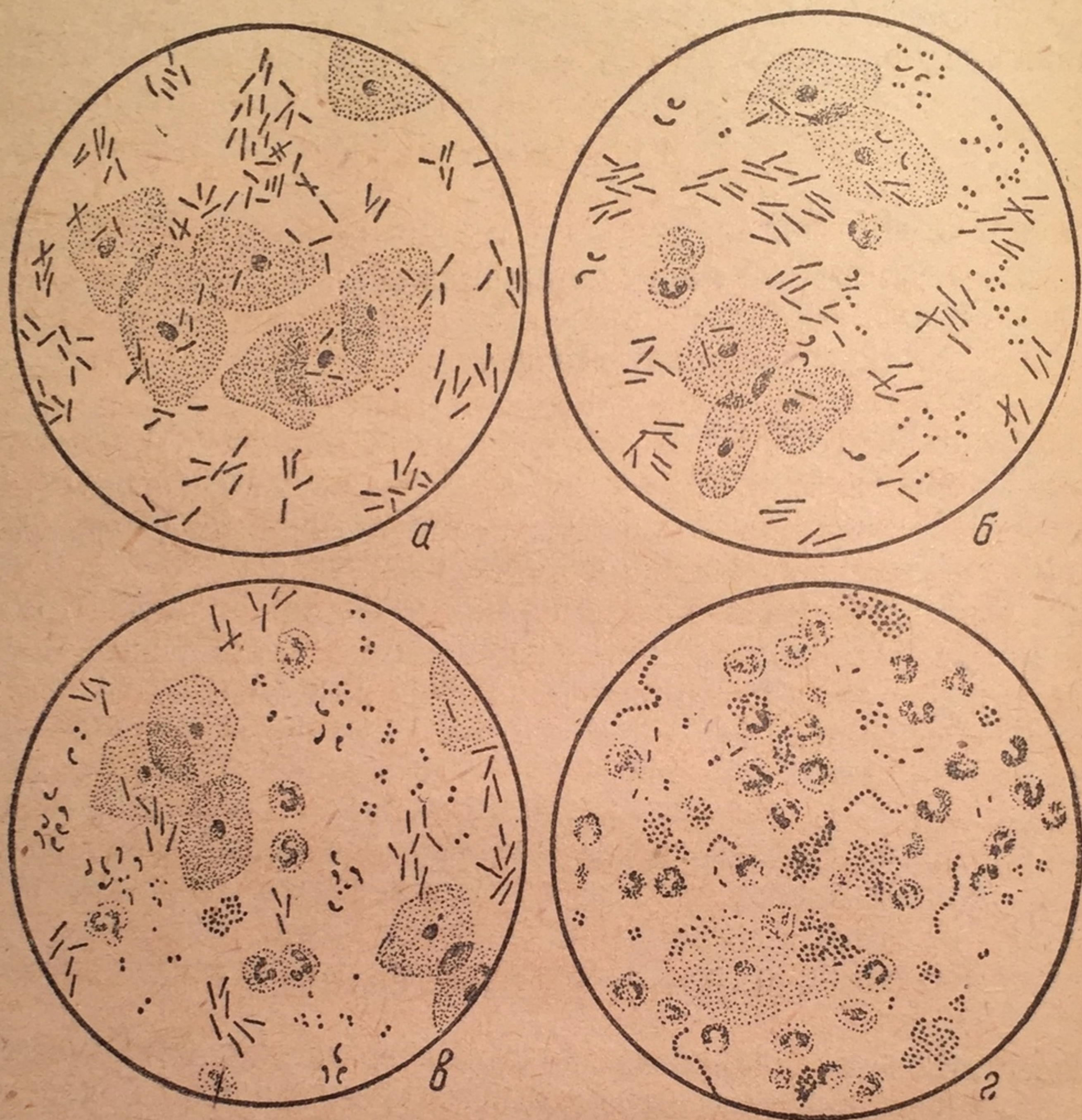


Рис. 74. Влагалищная флора.

а — первая степень; б — вторая степень; в — третья степень; г — четвертая степень.

беспокойств (зуд, жжение и т. п.). Увеличение секрета обусловлено воспалительной экссудацией тканей в результате гиперемии органов малого таза. Исследование этих выделений имеет целью обнаружение возбудителя инфекции.

### Боли

В происхождении болей играют роль отек и гиперемия воспаленных органов и тканей, ведущие к растяжению их серозного покрова (брюшины, покрывающей внутренние половые органы), сдавлению нервных окончаний, сдавлению и смещению соседних органов. Известное влияние на нервную систему и тем самым на местный обмен веществ оказывают токсины и продукты распада.



Весьма болезненно протекают процессы, локализующиеся в наружных половых органах, преддверии влагалища и уретре, так как эти области богато снабжены чувствительными нервами. Очень сильные боли бывают при переходе воспаления на брюшину малого таза. Усиление болей может зависеть от целого ряда моментов (напряжение брюшного пресса, запоры, coitus).

### Кровотечения

Кровотечения являются частым спутником воспалительных процессов, главным образом при поражении внутренних половых органов. Особенно часто они наблюдаются при воспалительных процессах в матке, являясь результатом воспалительных изменений в слизистой оболочке, а также и в мышечной стенке последней. При поражении фолликулярного аппарата яичника, при воспалительных процессах в придатках также нередко наблюдаются кровотечения. Месячные при наличии воспалительных процессов обычно принимают характер меноррагий.

При хронических воспалительных процессах в матке кровотечения могут быть обусловлены изменениями в мышечной ткани в результате развития соединительной ткани, изменений в сосудах, благодаря чему орган становится менее эластичным и плохо сокращается.

После этих общих замечаний переходим к отдельным видам инфекционных воспалительных процессов, вызванных тем или иным возбудителем.

### ГОНОРРОЙНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Известно, что распространение венерических болезней связано с классовой структурой общества, с социально-экономическими и бытовыми условиями жизни населения. В условиях царской России, когда существовала эксплуатация человека человеком, экономическое и политическое бесправие женщины, безработица, детская беспризорность, алкоголизм и ряд других причин, неразрывно связанных с капиталистическим строем, распространение гонорреи среди населения было неизбежным. Борьба с гонорреей в то время сводилась по существу лишь к лечебным мероприятиям, которые также были плохо организованы, ибо лечение больных в основном концентрировалось у частнопрактикующих врачей, что далеко не всем было доступно, к тому же одними лечебными мероприятиями бороться с гонорреей вообще невозможно.

Первое место в борьбе с гонорреей, равно как и с другими социальными болезнями, принадлежит широким общественно-профилактическим мероприятиям.

Поэтому только после Великой Октябрьской социалистической революции в связи с произведенными советской властью социально-



экономическими реформами были созданы благоприятные условия для успешной борьбы с венерическими болезнями вообще и с гонорреей в частности.

Непрерывно растущий материальный и культурный уровень жизни трудящихся СССР, раскрепощение женщины и вовлечение ее в производственную и политическую жизнь страны, уничтожение безработицы, детской беспризорности, ликвидация проституции — все это создало благоприятные условия для борьбы с венерическими болезнями и привело к их резкому снижению. Мы вправе поэтому говорить, что проблема венерических болезней теперь у нас является проблемой ликвидации наследия прошлого.

### Гонококк и его свойства

Название «гоноррея» означает «истечение семени», так как древние врачи думали, что гной, выделяющийся при гоноррее, есть не что иное, как истекающее семя. Только после открытия Нейсера (1879) стало известно, что возбудителем гонорреи является особый вид диплококка, который и получил название *гонококка* (рис. 75).



Рис. 75. Гонококк.

На окрашенном препарате под микроскопом гонококк имеет очертания кофейного боба и лежит в паре с другим гонококком. Оба гонококка своими широкими, несколько вогнутыми сторонами обращены друг к другу и почти соприкасаются; выпуклые стороны их обращены наружу. При размножении каждая отдельная пара делится на две новые пары в направлении, перпендикулярном щели между ними. Группы гонококков лежат частью внутриклеточно в лейкоцитах, которые их фагоцитируют, частью — внеклеток, частью же находятся на поверхности слущенных эпителиальных клеток.

Гонококк легко окрашивается основными анилиновыми красками (метиленовой синью, фуксином); при специальной окраске по Граму гонококк окрашивается в дополнительный цвет (т. е. при окраске фуксином — в красный, в то время как окрашивающиеся бактерии имеют фиолетовый цвет).

Окраска по Граму производится следующим образом:

- 1) в течение 1 минуты окрашивают мазок 2,5% спиртовым раствором генцианвиолета;
- 2) в течение 1 минуты обрабатывают раствором йода в иодистом калии ( $\text{Jodi puri } 1,0; \text{Kalii jodati } 2,0; \text{aq. destillatae } 300,0$ );
- 3) обесцвечивают препарат абсолютным спиртом, пока он не принял серой окраски;
- 4) высушивают;



5) обмывают мазок разведенным раствором карболфуксина (1—2 капли на 20 мл воды);

6) промывают водой и высушивают.

Гонококк вне организма является очень нестойким микробом. Он быстро погибает при высыхании секрета; только во влажной среде (влажное белье, теплая вода) гонококк может оставаться жизнеспособным до 24 часов и служить источником заражения.

Гонококк очень чувствителен к температуре. Наиболее благоприятная температура для роста гонококка вне организма 35—38°. При температуре ниже 30° рост колоний прекращается, ниже 18° они отмирают. При воздействии температуры в 40° гонококк погибает через 6—8 часов.

Гонококк не образует растворимых токсинов, но при отмирании и распаде гонококков освобождаются их эндотоксины, которые вызывают воспалительную реакцию слизистых оболочек и обуславливают губительное влияние гонококков на ткани.

Гонококк способен проникать через неповрежденный эпителий слизистых оболочек, вызывая воспалительную реакцию в окружающих тканях. Излюбленным местом для развития гонококка являются слизистые оболочки, выстланные цилиндрическим и переходным эпителием (слизистые мочеиспускательного канала, канала шейки матки, тела матки, труб и прямой кишки). Однако гонококк может развиваться и в зародышевом эпителии, в эпителии фолликулов, на брюшине, синовиальных оболочках суставов, в сухих, жильных влагалищах, слизистых сумках, на конъюнктиве, эндометрии, в подслизистой соединительной ткани. Поражение клетчатки при гонорее наблюдается редко.

Плоский многослойный эпителий влагалища взрослых, особенно много рожавших женщин, редко поражается, и только при беременности и в период климактерия вследствие особых условий (отечность, разрыхление и сращивание эпителия) предрасположение к заболеванию значительно увеличивается. Нежный плоский эпителий вульвы и влагалища детей и девушек является благоприятным местом локализации гонорройной инфекции.

Иммунитета против гонорреи не существует, так что по излечении болезни слизистые оболочки становятся снова восприимчивыми к гонококковой инфекции, а следовательно, и к повторному заражению.

Наконец, к особенностям гонококка необходимо отнести его свойство развиваться на поверхности и в толще слизистых оболочек только человеческого организма; все попытки привить его животным окончились неудачей.

### Способы заражения

Гоноррея у взрослых распространяется почти исключительно путем половых сношений. Заражение чаще всего происходит от лиц, страдающих хронической гонорреей, так как в острой стадии,



сопровождающейся рядом болезненных симптомов, заболевшие большей частью воздерживаются от половых сношений.

Хотя в большинстве случаев (приблизительно 80%) мужчины совершенно излечиваются как от острой, так и от хронической гонорреи, тем не менее всегда находится некоторое число лиц, у которых излечение лишь видимое, так как остаются отдельные очаги гонорройного поражения тканей половых органов. Эти-то лица и служат главным образом передатчиками заразы.

Инфекция может быть передана и косвенным путем: пальцами, загрязненными гноем, а также инструментами и предметами ухода (наконечники для спринцеваний и т. п.), предметами домашнего обихода (белье, губки, мочалки). Заражение в уборных общего пользования для женщин едва ли возможно, принимая во внимание, что при сидении половые органы с краями сидения не соприкасаются.

Инкубационного периода для гонорреи не существует, ибо попавшие на слизистую оболочку гонококки размножаются очень быстро. В большинстве случаев через 1—5 дней после заражения появляются как субъективные, так и объективные явления болезни.

Однако нужно иметь в виду, что симптомы происшедшего заражения в ряде случаев появляются чрезвычайно поздно (в отдельных случаях через 3—4 недели). Наконец, в исключительных случаях заболевание протекает бессимптомно; гонококки исчезают без всякого лечения, т. е. наступает самоизлечение. Эти носительницы гонококков, не подозревающие своей болезни, являются, разумеется, заразными.

Такая бессимптомная вначале гоноррея может перейти в скрытую (латентную) хроническую гоноррею. В таких случаях симптомы со стороны мочеиспускательного канала, влагалища и матки бывают выражены неясно, а иногда и совершенно отсутствуют, гонококки в выделениях не всегда обнаруживаются, медленно развивающиеся воспалительные изменения во внутренних половых органах (трубах, яичниках, брюшине малого таза) протекают вяло. При половом воздержании и физическом покое может наступить полное клиническое излечение. Последствия таким образом перенесенного заболевания иногда обнаруживаются в виде стойких хронических изменений (сальпингитов, периметритов, слипчивых процессов со спайками в брюшине) при оперативных вмешательствах, предпринимаемых по поводу тех или иных процессов в органах малого таза. Особенно расположены к такому течению гонококковой инфекции женщины с недоразвитыми половыми органами.

В других случаях при полном отсутствии гонококков в выделениях бессимптомно протекавшая гоноррея под влиянием нарушения нормального режима неожиданно ведет к появлению бурных симптомов со стороны тех или иных органов малого таза в зависимости от локализации инфекции. Такие вспышки иногда бывают



через несколько недель и даже месяцев после происшедшего заражения.

Таким образом, нужно всегда помнить, что если у мужчины болезнь проявляется сразу же гнойным истечением из мочеиспускательного канала, то у женщины болезнь может протекать незамеченной, а иногда обнаруживаются ее проявления только тогда, когда заболевание дает те или иные осложнения.

Место локализации инфекции зависит от целого ряда обстоятельств.

Так, при острой гоноррее у мужчины и при узости влагалища у женщины (особенно при первом половом сношении) чаще поражаются мочеиспускательный канал и железы преддверия влагалища. При хронической гоноррее у мужчины (когда гонококки попадают во влагалище только с извергающейся спермой), а также при широком и зияющем влагалище у много рожавших первично поражается слизистая цервикального канала; мочеиспускательный канал, железы преддверия и прямая кишка инфицируются вторично вытекающим из влагалища гноем.

Клинически картину гонококковой инфекции у женщины делят на гоноррею *нижнего* отдела мочеполового аппарата и на так называемую *восходящую гоноррею*. Границей этого деления является внутренний маточный зев (рис. 76).

Такое деление оправдывается тем обстоятельством, что внутренний маточный зев при наличии слизистой пробки в шейке матки является преградой для распространения инфекции вверх.

Гонококки, не обладая способностью двигаться самостоятельно, могут попасть в вышележащие отделы полового аппарата при благоприятствующих этому обстоятельствах, каковыми будут менструация, период после родов и аборта, инструментальное исследование (проведение инструментов через цервикальный канал), оперативные вмешательства и т. п.

Различают *острое* и *хроническое* течение гонорреи.

*Острая гоноррея.* Попадая на слизистую оболочку, гонококки быстро размножаются по поверхности эпителия и очень быстро проникают через покровный эпителий в самую толщу слизистой оболочки. В пораженных тканях наступает резкая активная гиперемия, которая выражается сильным расширением капилляров и обильной эмиграцией белых кровяных телец: слизистая оболочка становится блестящей, красной и значительно припухшей. Белые кровяные тельца через межклеточные промежутки выступают на поверхность слизистой оболочки в виде зеленовато-желтого гноя, часть белых телец в борьбе с гонококками погибает. Больные в этот период обычно жалуются на чувство жжения, зуда и рези при мочеиспускании.

Острый период тянется обычно от нескольких дней до 14—20 дней; к этому времени наблюдается уменьшение выделений, они теряют гнойный характер и становятся беловатыми; воспалительный процесс в тканях затихает. В этом подостром периоде



в пораженной слизистой оболочке наблюдается гиперплазия ее тканевых элементов; сосочковый слой слизистой оболочки и даже кожи дает иногда разрастания в виде остроконечных кондилом.

В тех случаях, когда своевременно не были приняты меры для излечения гонорреи, процесс из подострой стадии переходит в хроническую. При объективном исследовании таких больных можно обнаружить темноалые кольца вокруг наружных отверстий протоков бартолиновых желез — так называемые гонорройные пятна, и незначительную гиперемию вокруг наружного зева шейки матки. При восходящей гоноррее в хронической стадии можно обнаружить ряд изменений, о которых сказано ниже.

При исследовании мазков в хронической стадии заболевания гонококков или совсем не находят, или же обнаруживают их дегенеративные формы.

### Гоноррея нижнего отдела полового аппарата

#### Вульвит и вульвит

Многослойный плоский эпителий кожи наружных половых органов и слизистой оболочки преддверия влагалища у взрослой женщины редко является местом внедрения гонококков. Тем не менее при гонококковом поражении мочеиспускательного канала и шейки матки приходится наблюдать обширную воспалительную гиперемию в этой области, обусловленную раздражением выделениями, вытекающими из влагалища и уретры. Таким образом, при гоноррее у взрослых женщин вульвит (воспаление кожи наружных половых органов) и вульвит (воспаление слизистой оболочки преддверия влагалища) нужно рассматривать как вторичное явление, обусловленное не внедрением сюда гонококков, а раздражением, вызванным стекающими вниз выделениями. Совершенно иначе обстоит дело с инфицированием железистых ходов и лакун преддверия, выстланных отчасти цилиндрическим, отчасти переходным эпителием. Вследствие их близости к уретре они особенно часто служат местом для оседания гонококков. Таким же путем инфицируются и так называемые парауретральные ходы, известные под именем лакун Сkene. Воспаление железистых ходов и лакун клинически проявляется ограниченным покраснением слизистой оболочки и припуханием ее в области устья, а также и гнойным отделяемым. Иногда устья ходов закупориваются выделениями, и образуются небольшие гнойнички, ограниченные замкнутой полостью выводного протока, так называемые псевдоабсцессы.

#### Бартолинит

Гораздо чаще мелких желез и лакун преддверия поражаются выводные протоки больших желез преддверия или так называемых бартолиновых желез. Паренхима железы поражается в виде исключения, гонококковая инфекция гнездится лишь в выводном протоке.



Рис.  
Слева —  
гоноррой  
3 — урет  
сальник  
Заштри  
гоноррой  
тазовую



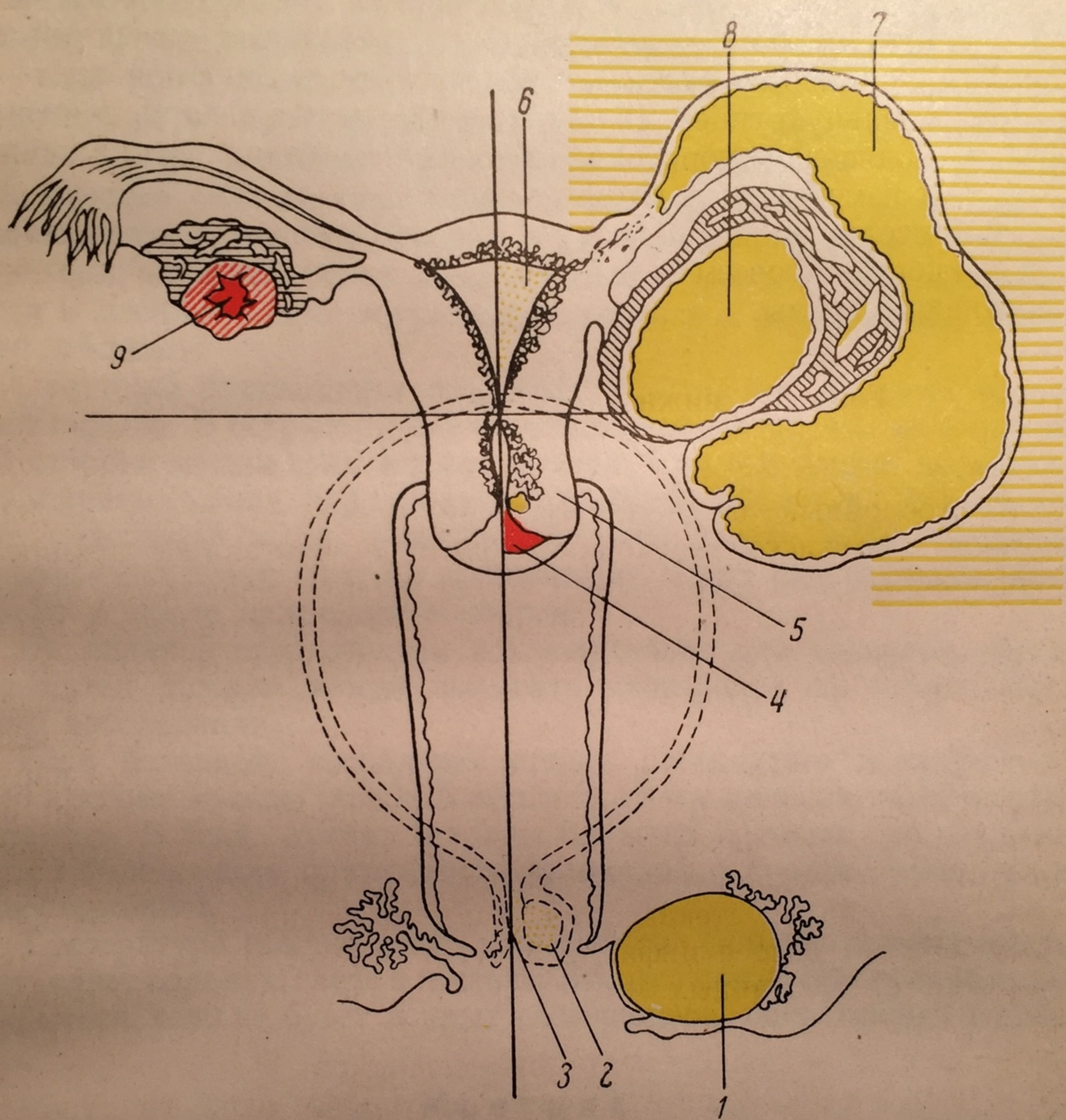


Рис. 76. Схема гонорройных заболеваний женского полового тракта (по О п и т ц у).

Слева — нормальные половые органы, справа — изменения в органах под влиянием гонорройной инфекции. 1 — гонорройный бартолинит; 2 — парауретральный абсцесс; 3 — уретрит; 4 — эрозия на шейке матки; 5 — эндоцервицит; 6 — эндометрит; 7 — пио-сальпинкс; 8 — пиовариум (абсцесс яичника) и 9 — менструальное желтое тело. Заштрихованное желтым поле вокруг измененных придатков матки показывает, что гонорройный процесс может заходить за пределы последних, распространяясь на тазовую брюшину и вызывая периметрит, перисальпингит, периоофорит, пельвеоперитонит.



Проникшие в  
цию лейкоцитов  
тельной ткани на  
Цилиндрический  
плоским.

В просвете про  
которая иногда  
Но чаще всего  
оболочки устье  
секрета проток  
мый ложный абс  
обычно не вовлек  
инфекция, котор  
вести к расплавл  
ного абсцесса.

Симптомы ба  
кают скрыто. В  
ней стороне мал  
приподнимающ  
уже описанные  
гонорройных пя  
тельно и посл

Не являе  
чие пятен до  
этого заболева

Если возни  
ного протока ж  
характер. В э  
гается болезн  
одностороння

Температу  
заставляет бо  
вскрыться, ес

Мочеиспус  
часто (в 90—  
в острой стад  
мии и покрас  
отечна и вып  
ляется желто  
жжение и рез

Нередко  
и парауретра  
здесь образу  
ваются в моч  
как доступ к



Проникшие в проток гонококки вызывают усиленную эмиграцию лейкоцитов в просвет его; в подэпителиальной соединительной ткани наблюдается также мелкоклеточная инфильтрация. Цилиндрический эпителий обычно разрушается и замещается плоским.

В просвете протока скопляется слизь, смешанная с лейкоцитами, которая иногда постепенно выделяется через устье протока наружу. Но чаще всего вследствие воспалительного набухания слизистой оболочки устье протока закупоривается, и вследствие задержки секрета проток начинает растягиваться — образуется так называемый ложный абсцесс бартолиновой железы. Самая ткань железы обычно не вовлекается в процесс, если не присоединяется вторичная инфекция, которая, захватывая также и паренхиму железы, может вести к расплавлению окружающей ткани и к образованию истинного абсцесса.

Симптомы бартолинита различны. Иногда все явления протекают скрыто. В острых стадиях в области устья железы на внутренней стороне малых срамных губ находят красные пятна, несколько приподнимающиеся над уровнем слизистой оболочки. Эти пятна, уже описанные выше, похожие на укусы блохи, носят название гонорройных пятен (*macula gonorrhoeica*). Часто они остаются длительно и после излечения гонорреи.

Не являясь специфичным исключительно для гонорреи, наличие пятен должно всегда вызывать подозрение на возможность этого заболевания.

Если возникает воспаление стенки растянутого и закупоренного протока железы (ложный абсцесс), то все явления носят острый характер. В этих случаях в толще больших половых губ располагается болезненная припухлость величиной с куриное яйцо, чаще односторонняя.

Температура обычно резко повышается: сильная болезненность заставляет больную слечь в постель. Абсцесс может самопроизвольно вскрыться, если не будет вскрыт своевременно оперативным путем.

### У р е т р и т

Мочеиспускательный канал при гоноррее поражается особенно часто (в 90—95% всех свежих случаев). Объективные признаки в острой стадии обычно выражены резко и заключаются в гиперемии и покраснении устья уретры; слизистая оболочка последней отечна и выпячивается из устья в виде валика. Из уретры выделяется желтогнойный секрет. Больные жалуются на частые позывы, жжение и рези при мочеиспускании.

Нередко вместе с мочеиспускательным каналом поражаются и парауретральные ходы, что осложняет течение гонорреи, ибо здесь образуются иногда небольшие абсцессы, которые вскрываются в мочеиспускательный канал; осложняется и лечение, так как доступ к парауретральным ходам для всякого рода medica-



ментозного лечения чрезвычайно затруднен вследствие их глубокого расположения.

Гонорройный уретрит у женщин в общем протекает легко, и через 3—4 недели все симптомы обычно исчезают, так что в подострой и хронической стадиях, как правило, больные не предъявляют особенных жалоб, хотя гонококки и не всегда исчезают из секрета уретры.

При взятии мазка для исследования из уретры применяется следующий способ: устье уретры (больная не должна мочиться перед взятием мазка) протирается ватным шариком, во влагалище вводится указательный палец, которым выжимается содержимое уретры сверху вниз в направлении к лонному сочленению.

Как только из наружного отверстия уретры появится гной, желобоватым зондом или маленькой ушной ложечкой каплю его берут на предметное стекло и готовят мазок.

Нередко симптомы гонорреи мочеиспускательного канала исчезают без всякого лечения, но это не значит, что наступило истинное излечение, т. е. что гонококки исчезли и не гнездятся где-нибудь в складках слизистой оболочки или в парауретральных ходах, что может при соответствующих условиях дать новую вспышку. Поэтому поскольку гоноррея уретры была установлена, она требует обязательно тщательного лечения.

### Э н д о ц е р в и ц и т

Гонорройное поражение слизистой оболочки канала шейки матки встречается наиболее часто. Этому способствуют щелочная среда цервикального секрета и обилие находящихся здесь желез, вокруг которых, глубоко проникая в подлежащую ткань, гнездятся гонококки.

Гонококки, попавшие на цилиндрический эпителий шеечного канала, по межклеточным пространствам проникают в глубже лежащие ткани, вызывая их гиперемию и экссудацию. Поверхностный эпителий, покрывающий слизистую оболочку канала шейки матки, частично некротизируется, оставляя на этих местах изъязвления.

В остром периоде болезни шейка матки представляется гиперемированной, отечной, вишневокрасного цвета. В области наружного зева часто видна эрозия, выделяющаяся более яркой красной окраской, иногда покрытая гнойным налетом. Из канала шейки матки выделяется гной.

При переходе заболевания в хроническую стадию все перечисленные явления часто исчезают; иногда остается небольшой красный венчик вокруг наружного зева шейки и слизистые выделения из канала шейки матки.

Следует иметь в виду, что гонорройный эндоцервицит может протекать латентно, почти без клинических симптомов и без местных воспалительных изменений слизистой оболочки шейки матки.



Однако значительно чаще приходится наблюдать больных, страдающих эндоцервицитом, которые жалуются на бели, причем они могут быть или гнойными, или слизисто-гнойными, а иногда и с примесью крови (особенно при наличии эрозий).

Наиболее частым последствием эндоцервицита является переход инфекции на вышележащие органы и ткани: эндометрий, придатки матки, брюшину малого таза, что обычно совпадает с периодом менструаций, с пуэрперальным периодом. Необходимо помнить, что распространению инфекции могут способствовать грубые методы исследований, а также инструментальные эндоцервикальные и внутриматочные вмешательства. Одним из условий, способствующих развитию восходящей гонорреи, являются аборт.

## Гоноррея верхнего отдела полового аппарата

### Восходящая гоноррея

О восходящей гоноррее мы говорим тогда, когда инфекция проникает за внутренний маточный зев. Как уже ранее было сказано, распространению инфекции благоприятствуют: период месячных, послеродовой период, половая жизнь при существующей инфекции нижнего отдела полового аппарата и, наконец, всякого рода медицинские вмешательства при латентных формах или в остром периоде гонорреи нижних отделов полового аппарата. Чтобы подтвердить диагноз гонорройного заболевания матки, придатков, брюшины, клиническое течение которого в большинстве случаев трудно отличить от заболеваний, вызванных другими инфекциями, необходимо обнаружить в выделениях гонококка.

Как уже было указано, гоноррея нижнего отдела может протекать скрыто, и ко времени развития хронической гонорреи в вышележащих отделах полового аппарата гонококк из выделений может уже исчезнуть.

В таких случаях, равно как и в целях установления излеченности, можно прибегнуть к методу провокации.

Этот метод заключается в том, что больной впрыскивается гонококковая вакцина в количестве 500 млн. микробных тел и производится одновременно местное раздражение наиболее вероятных очагов локализации гонококков: уретру смазывают 1—2% раствором ляписа, а канал шейки матки — 2—5% раствором ляписа или люголевским раствором. После этого ежедневно в течение 3 дней подряд исследуют мазки из уретры и из шейки матки. Дело в том, что после такой провокации количество выделений усиливается, благодаря чему вымываются оставшиеся в глубине желез гонококки и их тогда легче обнаружить в мазках. Кроме того, инъекция гонококковой вакцины вызывает в скрытых очагах припухание ткани и болезненность при ощупывании; в таких случаях повышается также температура на 1,5—2°, что также с достаточной вероятностью указывает на наличие гонорройного процесса.



У женщин в целях провокации надевают на шейку матки на 24 часа алюминиевый колпачок для собирания выделений из шейки матки, которые исследуют как бактериоскопически (приготовление мазков), так и бактериологически (посев на специальные питательные среды). Время производства провокации приурочивают к окончанию менструации, когда благодаря усиленному притоку крови к органам малого таза создаются лучшие условия для выделения гонококков.

Что касается клинических признаков, говорящих за то, что можно подозревать восходящую гоноррею, то прежде всего тут может помочь тщательно собранный анамнез. Бели, болезненное мочеиспускание, появившиеся вскоре после начала половой жизни или случайного полового сношения, заставляют заподозрить гонококковую инфекцию; наличие гонорройных пятен (*macula gonorrhoeica*) подкрепляет это подозрение.

Первичное бесплодие или бесплодие, наступившее после одной беременности, при нормально развитом половом аппарате также должно заставить подумать о перенесенной гоноррее. Наконец, при гонорройном поражении придатков оно чаще бывает двусторонним.

### Гонорройный эндометрит

Распространение инфекции на слизистую оболочку матки обычно сопровождается бурными воспалительными явлениями. Однако в ряде случаев восходящая инфекция протекает бессимптомно.

Что такие случаи действительно имеют место, документируется тем, что во время различных гинекологических операций в малом тазе иногда находят обширные поражения придатков матки, слипчивые процессы брюшины, хотя больная категорически отрицает какие бы то ни было перенесенные ею воспалительные процессы женских половых органов.

Обычно же проникновение инфекции в полость матки сказывается рядом характерных симптомов: ознобом, повышением температуры, резкими болями внизу живота и гнойными выделениями из матки.

Проникнув в полость матки, гонококки распространяются здесь, как и в других отделах половых органов, главным образом в пределах слизистой оболочки матки. Гонококки в просвет желез обычно глубоко не проникают, однако вследствие воспалительных изменений в межжелезистой ткани в железах слизистой оболочки матки наблюдаются реактивные изменения — гиперплазия, гипертрофия, что неизменно сопровождается усилением выделений (гиперсекрецией). Наличие инфекции в эндометрии вызывает реакцию со стороны всего органа в виде серозного пропитывания и мелкоклеточной инфильтрации мышечной стенки матки. Кроме того, наступает гиперемия матки вследствие расширения сосудов; менструальный цикл в таких случаях нарушается, часто наблюдаются кровотечения типа меноррагий.



При исследовании больной в таких случаях определяются увеличение и размягчение матки, а также отмечается ее чувствительность при ощупывании. По мере затихания острых явлений месячные принимают более или менее нормальный характер, хотя нередко при них наблюдается повышение температуры ( $37,5-38^{\circ}$ ), что указывает на не вполне затихший гонорройный процесс. В дальнейшем выделения принимают слизисто-гнойный, а затем чисто слизистый характер.

Если процесс принимает хроническое течение, то в матке развиваются изменения, характерные для хронического метро-эндометрита, а именно: гиперемия, серозное пропитывание тканей и мелкоклеточная инфильтрация постепенно исчезают, но происходит разрастание молодой соединительной ткани, благодаря чему матка остается увеличенной, но уже плотной на ощупь. Изолированного поражения матки без поражения придатков, как правило, не бывает; наоборот, оба эти процесса обычно сочетаются.

#### Гонорройное воспаление придатков матки

Гонорройная инфекция из полости матки обычно быстро распространяется на слизистую оболочку труб через маточное их отверстие. В слизистой оболочке трубы, как и в других слизистых оболочках, инфекция проявляется гиперемией и отеком, которые сопровождаются слушиванием покровного эпителия. Благодаря набуханию складок слизистой оболочки трубы и слушиванию покрывающего ее мерцательного эпителия происходит склеивание складок и облитерация просвета трубы. Чаще всего это происходит в более узком участке трубы — в маточном ее отделе. Наступающая вследствие гонорройной инфекции непроходимость трубы является одной из самых частых причин бесплодия женщины. В тех случаях, когда происходит закрытие брюшинного отверстия трубы вследствие склеивания и последующего сращения фимбрий, образуется слепой мешок. Если скопляющийся в такой запаянной трубе секрет имеет серозный характер, то образуется мешотчатая опухоль трубы с водянистым содержимым — *гидросальпинкс*, если же в трубе скопляется гнойный экссудат, то образуется гнойный мешок — *пиосальпинкс*.

Обычно гнойные опухоли труб при гонококковых инфекциях редко достигают больших размеров в противоположность пиосальпинксу, развивающемуся на почве стрептококковой или стафилококковой инфекции. Чаще всего в процесс вовлекается вся толща стенки трубы, что проявляется вначале серозным пропитыванием и мелкоклеточной инфильтрацией мышечной стенки трубы с образованием фибринозного экссудата на брюшинном ее покрове; позднее благодаря развитию соединительной ткани труба становится плотной и трудно поддается растяжению. Распространяясь по слизистой оболочке трубы, гонококки вместе с гнойным содержимым трубы легко попадают на соседние с трубой участки тазовой брюшины, что нередко ведет к обширным сращениям между трубами, яични-



ками, маткой, прилегающими петлями кишок и париетальной брюшиной. Такой конгломерат придатков, состоящий из трубы, спаянной с яичником, петлями кишок, сальником, представляет часто довольно массивное болезненное и малоподвижное образование. Яичник, вовлеченный в воспалительный процесс, обычно не инфицируется непосредственно гонококками, и происходящие в нем изменения сводятся к гиперемии с развитием соединительной ткани и последующим склерозом его стромы. Благодаря этому созревающие фолликулы теряют возможность достигнуть поверхности яичника и поэтому не вскрываются; яйцевая клетка в нем погибает и образуется маленькая ретенционная киста. Со временем почти весь яичник оказывается пронизанным такими кистозными образованиями, что ведет к так называемому мелкокистозному изменению яичника.

Значительно реже гонококки распространяются на самый яичник, проникая с его поверхности в фолликул или в свежее образованное желтое тело. Как в том, так и в другом случаях могут образоваться гнойные абсцессы, иногда сливающиеся в одну общую полость и ведущие к образованию гнойника, носящего название *пиовариума*.

Гнойник яичника обыкновенно также не достигает больших размеров. Наступающее воспаление придатков матки характеризуется наличием резких болей внизу живота, явлениями раздражения брюшины, проявляющимися напряжением мышц брюшной стенки, тошнотой, иногда рвотой; как правило, наблюдается положительный симптом Щеткина — Блюмберга. Указанные явления сопровождаются высокой температурой, учащением пульса, метеоризмом, задержкой стула; аппетит у таких больных отсутствует, язык сухой, обложен.

Так как начало заболевания часто совпадает с наступлением месячных, то последние обычно удлиняются, становятся более обильными и болезненными. При влагалищном бимануальном исследовании матку и придатки отчетливо контурировать не удастся ввиду резкой болезненности и напряжения брюшной стенки. По мере затихания острых воспалительных явлений удастся прощупать увеличенные с одной или с обеих сторон болезненные придатки.

Воспаление придатков матки называют *сальпингоофоритом* или *аднекситом*.

### Периметрит, пельвеоперитонит и общий перитонит

Распространяясь по слизистой оболочке трубы, гонококки вместе с гнойным содержимым через ампулярный конец могут проникнуть в тазовую брюшину.

Острая стадия периметрита (воспаление околоматочной брюшины), а также пельвеоперитонита (воспаление тазовой брюшины) характеризуется отеком и серозным пропитыванием тканей с образованием экссудата. При гоноррее чаще всего наблюдается серозно-фибринозный экссудат, который благодаря большому количеству



фибрина ведет к быстрому образованию спаек, способствующих осумкованию экссудата в тазе.

Если экссудата образуется немного и он быстро осумковывается, гонорройный процесс ограничивается областью дугласова пространства и участками, граничащими с придатками матки (экссудативный периметрит или периаднексит). Если же в процесс вовлекается вся брюшина малого таза, количество экссудата увеличивается, и в случаях его нагноения образуется гнойный пельвеоперитонит. Если нагноения экссудата не происходит, то по окончании острого периода начинается стадия организации выпота, причем он становится плотным и безболезненным.

Окончательное рассасывание выпота иногда затягивается на длительное время. После рассасывания воспалительного экссудата часто остаются спайки и плотные сращения в тазе вокруг придатков и матки. Нередко подобные сращения ведут к смещению и неправильным положениям матки.

Что касается симптоматиологии, то следует отметить, что проникновение инфекции в брюшину малого таза, как правило, сопровождается бурной реакцией (резкие боли, высокая температура, тошнота, рвота, задержка стула). Пульс учащен, но соответствует температуре; ознобов обычно не бывает; симптом Щеткина — Блюмберга, резко выраженный вначале, скоро исчезает. Острый период длится около недели и переходит в подострый, продолжающийся в зависимости от тяжести процесса от 3 до 6 недель. При нагноении экссудата заболевание затягивается еще дольше. Нередко воспаление брюшины дает рецидивы.

В исключительно редких случаях гонококковая инфекция может распространиться за пределы малого таза и повести к общему воспалению брюшины — *диффузному перитониту*. Чаще всего это происходит вследствие вскрытия пиосальпинкса или пиовариума в брюшную полость, причем брюшина инфицируется гноем, в котором содержатся гонококки.

Симптомы при этом в общем те же, что и при гонококковом пельвеоперитоните: температура достигает очень высоких цифр и держится на одном уровне. Пульс достаточного наполнения, ритмичен, 120—130 ударов в минуту. Со стороны сердца особенных отклонений не отмечается, кровяное давление не изменяется. Дыхание значительно учащено и достигает 40 в минуту, что зависит исключительно от резкой болезненности брюшины. При исследовании обращает на себя внимание мало вздутый или совсем плоский живот с чрезвычайно резкой болезненностью. Необходимо уметь отличить общий гонорройный перитонит от перитонита, вызванного стрептококком. При последнем отмечается значительная общая вялость, мутные ввалившиеся глаза, заострившийся нос («гиппократовское лицо»), пульс частый, мягкий, аритмичный, с перебоями, кровяное давление ниже нормы. Живот вздут и мало болезнен; дыхание учащено вследствие высокого стояния диафрагмы из-за вздутия кишок задерживающимися газами; непрерывная рвота.



## Лечение гонорреи

В основу лечения гонорреи кладутся следующие принципы: 1) создать неблагоприятные условия для существования и размножения микробов (гонококков), 2) повысить сопротивляемость организма в борьбе с инфекцией, 3) ликвидировать последствия гонококковой инфекции.

Указанные цели могут быть достигнуты путем применения химиотерапевтических препаратов, из которых главную роль играют антибиотики и сульфаниламидные препараты, специфической и неспецифической иммунотерапии, а также путем местного воздействия на пораженные органы. В ликвидации последствий гонококковой инфекции особенно эффективной является физиотерапия. Успех лечения зависит от своевременного и рационального использования существующих методов лечения гонорреи. При выборе того или иного метода лечения, помимо местных изменений в тех или иных органах, следует руководствоваться общим состоянием больной и учитывать обязательно длительность заболевания.

При гоноррее нижнего отдела мочеполовых органов у женщин лечение следует начинать с применения пенициллина.

При острой неосложненной гоноррее рекомендуется курс лечения пенициллином в количестве 400 000 ед., если же пенициллин применяется в сочетании с сульфаниламидами — 300 000 ед. В последнем случае оба препарата применяются одновременно.

При острой восходящей гоноррее, а также при хронической гоноррее курсовая доза пенициллина должна быть не ниже 500 000—600 000 ед. Пенициллин вводится дозами по 50 000—100 000 ед. с промежутками в 3 часа.

В тех случаях, когда больной по тем или иным причинам нельзя осуществить инъекции с такими короткими промежутками, рекомендуется пенициллин вводить с собственной кровью больной (экмоновоциллин) в зону тканевой геморрагии.

Производятся такие инъекции следующим образом: ставят 3—4 медицинские банки на кожу живота; после того как создается хороший очаг гиперемии, банки снимают и в места, где стояли банки, вводят 300 000 ед. пенициллина, повторяют такую же процедуру еще раз через 10—12 часов.

Методика введения пенициллина с собственной кровью больной состоит в следующем: 200 000 ед. пенициллина растворяют в 1 мл физиологического раствора; набирают в шприц 5 мл крови, взятой из локтевой вены больной, и в этот же шприц набирают вышеупомянутый раствор пенициллина, после чего полученную смесь пенициллина с кровью вводят внутримышечно; повторно такую же дозу вводят через 10—12 часов.

В терапии гонорреи пенициллин является основным лечебным препаратом, однако бывают так называемые пенициллиноустойчивые формы гонорреи, при которых применение пенициллина остается



безуспешным. В таких случаях показано применение другого антибиотика — стрептомицина.

При острой неосложненной форме гонорреи курсовая доза стрептомицина составляет 1 г. При восходящей гоноррее — 1,5—3 г в зависимости от тяжести воспалительного процесса. Суточная доза стрептомицина — 0,5 г; она может быть введена одномоментно или по 0,25 г с промежутком в 10—12 часов. При применении стрептомицина нужно помнить о возможности развития побочных явлений (см. стр. 242).

В результате лечения антибиотиками по только что изложенной схеме воспалительные явления обычно резко уменьшаются, гнойные выделения прекращаются или принимают слизистый характер; при исследовании гонококков в них не находят.

Если лечение оказалось успешным, то через 7—10 дней после него необходимо приступить к установлению излечимости (см. стр. 114).

Если же после лечения антибиотиками гонококков в выделениях обнаружить не удастся, а воспалительные явления (выделения из уретры, нити в моче, бели, эрозии на шейке матки и т. п.) продолжают оставаться, необходимо после соответствующего обследования больной приступить к местному лечению обнаруженных очагов инфекции.

Нужно иметь в виду, что в случаях неудачи лечения иногда после кратковременного (3—5 дней) клинического благополучия выделения из уретры и из шейки матки усиливаются и при их исследовании вновь обнаруживаются гонококки.

В таких случаях в последующие дни воспалительные явления возобновляются с прежней силой. Часто это бывает обусловлено вовлечением в гонорройный процесс других органов.

В таких случаях целесообразно повторить пенициллинотерапию, увеличив дозу пенициллина в  $1\frac{1}{2}$  раза.

В случае неэффективности повторного лечения пенициллином нужно считать данную форму гонорреи устойчивой к пенициллину. У таких больных целесообразно применить гонококковую вакцину или протеинотерапию для активации защитных сил организма. Одновременно нужно проводить и местное лечение.

После окончания иммунотерапии следует вновь назначить пенициллин в сочетании с сульфаниламидами или применить стрептомицин.

При отсутствии антибиотиков лечение острой неосложненной гонорреи может быть осуществлено с помощью сульфаниламидных препаратов (сульфидин, норсульфазол, сульфадиазин), которое должно обязательно сочетаться с местным лечением.

Если первый курс сульфаниламидной терапии окажется неудачным, то больную целесообразно подвергнуть иммунотерапии, после чего провести повторный курс сульфаниламидной терапии, одновременно проводя и местное лечение очагов поражения.

При хронической гоноррее как антибиотики, так и сульфаниламидные препараты следует применять после предварительного про-



веденной иммунотерапии; одновременно, как правило, применяется местное лечение и физиотерапия.

Необходимо подвергать лечению антибиотиками в сочетании с предварительной иммунотерапией и местным лечением женщин, страдающих хроническими воспалительными процессами придатков матки, особенно если они выявлены в качестве источников заражения и контактов. Лечение таких больных должно проводиться даже в тех случаях, когда диагноз гонорреи при повторных лабораторных исследованиях в смысле обнаружения гонококков не подтверждается, но анамнестические данные и клиническое течение заболевания позволяют подозревать гоноррею.

### У с т а н о в л е н и е   и з л е ч е н н о с т и   о т   г о н о р р е и

Решение вопроса об излеченности гонорреи не всегда легко осуществимо, ибо гонококки могут длительно сохранять свою жизнеспособность и вирулентность в осумкованных очагах инфекции (особенно в глубокорасположенных железах цервикального канала и в придатках матки).

К установлению излеченности следует приступать не ранее 7—10 дней после окончания лечения. После тщательного обследования больной и обязательного производства бактериоскопического (а в необходимых случаях и бактериологического) анализа выделений из уретры, шейки матки и других очагов инфекции проводят комбинированную провокацию: инъекцию гонококковой вакцины или молока, смазывание уретры люголевским раствором, а канала шейки матки — 3—5% раствором азотнокислого серебра; при этом в течение 3 дней подряд исследуют мазки из уретры и из шейки матки. Если гонококков не находят, то повторяют исследование мазков во время ближайшей менструации. По окончании менструации провокацию повторяют и снова исследуют мазки из выделений в течение 3 дней подряд. Подобные обследования производятся в течение 3 месяцев, после чего, если клинические и лабораторные исследования дают благоприятные результаты, больную считают излеченной и снимают с учета.

Критерием излеченности восходящей гонорреи являются нормальный менструальный цикл, отсутствие устанавливаемых бимануальным исследованием изменений со стороны внутренних половых органов, болевых ощущений при исследовании, отсутствие повышения температуры (хотя бы на несколько десятых градуса) во время месячных и изменений со стороны крови (нормальный лейкоцитоз и РОЭ).

### М е с т н о е   л е ч е н и е   г о н о р р о й н ы х   о ч а г о в

При вестибулите применяют обмывания наружных половых органов дезинфицирующими веществами, назначают теплые сидячие ванны, при зуде и жжении — смазывание индифферентными мазями и присыпку цинковой пудрой.

При гонорройном бартолините рекомендуются ежедневно теплые



сидячие ванны. При образовании абсцесса бартолиниевой железы его необходимо широко вскрыть по внутренней поверхности большой губы и полость рыхло дренировать марлей, пока не появятся свежие грануляции. Можно после вскрытия абсцесса в двух местах дренировать абсцесс при помощи длинной резиновой трубки. Дренажная трубка извлекается после того, как все воспалительные явления стихают и выделения из дренажа прекращаются.

В подострых и хронических стадиях (без образования абсцесса) рекомендуется местная аутогемотерапия, которая заключается во введении в толщу большой срамной губы в окружности инфильтрата крови в количестве 1—2 мл, взятой из локтевой вены больной.

Введение крови производится 2—3 раза с двухдневными интервалами.

Лечение гонорройного уретрита в острой стадии ограничивается ежедневными промываниями уретры раствором марганцовокислого калия в концентрации 1 : 6000—1 : 10 000. В подострой стадии после промывания уретры производится инстилляционная уретры 1—2% раствором протаргола или альбаргина. В хронической стадии уретрита производят смазывание уретры 1—2% раствором азотно-кислого серебра. При поражении парауретральных ходов производят их прижигание ляписом (применяют специальные тонкие зонды) или очаги поражения подвергают электрокоагуляции.

Местное лечение гонорройного эндоцервицита в острой и подострой стадиях сводится к применению ежедневно влагалищных ванночек с 3% раствором протаргола или альбаргина. Во время менструации местное лечение эндоцервицита прекращают.

В хронической стадии показаны смазывания цервикального канала люголевским раствором или 2—5% раствором ляписа каждые 2—5 дней. В случаях, когда эндоцервицит трудно поддается лечению, рекомендуется введение вакцины или собственной крови больной в шейку матки. При наличии на влагалищной части шейки матки овula Nabothii рекомендуется вскрывать их скарификатором, а еще лучше разрушать при помощи диатермокоагуляции.

Все перечисленные манипуляции должны производиться врачом, и только некоторые из них по поручению врача и под его наблюдением могут осуществляться лицами среднего медицинского персонала.

При лечении гонорреи нижнего отдела мочеполового аппарата должны проводиться мероприятия, направленные к предупреждению переноса инфекции в вышележащие органы (мочевой пузырь, почки, внутренние половые органы). В этих целях прежде всего больной должна быть запрещена половая жизнь, предписывается постельный режим, дезинфицирующие обмывания наружных половых органов, соблюдение чистоты белья и рук. Из пищи больной следует исключить всякие раздражающие вещества (пряности, спиртные напитки). Рекомендуется обильное питье, преимущественно щелочные минеральные воды.

*Лечение гонорройного проктита.* При распространении инфекции на слизистую оболочку прямой кишки рекомендуется введение



через день при помощи резиновой груши 5—10 мл 2—5% раствора протаргола или колларгола. В затянувшихся случаях болезни показана вакциноterapia и смазывание пораженных участков слизистой оболочки через ректоскоп 1—2% раствором азотнокислого серебра через день.

### Лечение восходящей гонорреи (эндометрита, воспаления придатков матки, пельвеоперитонита)

Как уже было сказано выше, общее лечение при восходящей гоноррее осуществляется применением антибиотиков или сульфаниламидных препаратов в сочетании с иммунотерапией. Местное лечение уретрита и эндоцервицита в острой стадии восходящей гонорреи противопоказано. Иммунотерапия осуществляется путем вакцинации (первоначальная доза — 150—200 млн. микробных тел), а затем лактотерапии (1—3 мл).

В острой стадии необходим постельный режим; при болях применяются наркотики (белладонна, пирамидон, пантопон), при кровотечениях — внутрь 10% раствор хлористого кальция по 3—4 столовых ложки в день или такой же раствор внутривенно в количестве 10 мл. Как кровоостанавливающее рекомендуется также Extr. fl. Viburni prunifolii по 30—40 капель 3 раза в день. Одновременно применяется и аутогемотерапия.

Местно на живот применяют холод (пузырь со льдом), а если больная холод не переносит, то можно и теплую грелку. По миновании острых явлений переходят к согревающим компрессам, а затем к физиотерапии, причем в подострой стадии рекомендуется ионтофорез хлористым кальцием, а в хронической — парафин, озокерит, ионтофорез иодистым калием, диатермия.

В дальнейшем при наличии остаточных явлений (спайки, инфильтраты) целесообразно применить грязелечение.

При беременности пенициллинотерапия и сульфаниламидотерапия проводятся, как обычно, у всех больных гонорреей.

Во избежание бурных реакций вакциноterapia в первые 2—3 месяца беременности не рекомендуется. Не разрешается и местное лечение, особенно манипуляции на шейке матки из опасности вызвать рефлекторное сокращение матки.

О беременных, перенесших гоноррею во время беременности, должно быть сообщено в родильный дом для специального наблюдения за ними после родов, а также за состоянием здоровья новорожденного.

### Профилактика гонорреи у взрослых

Как уже было указано выше, в борьбе с гонорреей особо важными являются профилактические мероприятия.

Немалую роль для профилактики играет состояние здоровья вступающих в брак, поскольку начало половой жизни и, следова-



тельно, возможность заражения гонорреей могли предшествовать вступлению в брак одного из супругов.

По советскому законодательству с целью ограждения брачующихся от заражения при регистрации браков ЗАГСам предложено требовать подписку о том, что вступающим в брак известно состояние здоровья друг друга. Одновременно в Уголовный кодекс введена статья 155, согласно которой то или иное лицо, поставившее в опасность заражения венерической болезнью другое лицо, подвергается суровой судебной ответственности. Для того, чтобы к этим требованиям относились действительно сознательно, необходима хорошая постановка санитарного просвещения для надлежащего осведомления населения об опасности заражения гонорреей, а также о путях внедрения инфекции с обращением особого внимания на половое заражение.

Таковыми путями предупреждается распространение этого тяжкого и чреватого последствиями заболевания. Кроме того, если женщина не уверена в том, что мужчина, с которым она имела сношение, действительно здоров, она должна принять немедленно соответствующие меры, чтобы предупредить возможность заражения. Правда, нет средств, безусловно гарантирующих от заражения, но некоторые (например применение мужского кондома, дезинфицирующие спринцевания тотчас после сношения) могут в значительной мере предупредить заболевание.

Известное значение в предупреждении заражения гонорреей имеют функционирующие в ряде городов пункты противовенерической помощи, где специально подготовленный персонал круглосуточно оказывает помощь по профилактике венерических заболеваний по нижеприводимой инструкции.

Инструкция по технике профилактических мероприятий на пункте противовенерической помощи для женщин

1. Посетительница опорожняет мочевой пузырь.
2. Посетительница моет тщательно руки водой с мылом.
3. Посетительница обмывает теплой водой с мылом наружные половые органы и обсушивает их салфеткой.
4. Производится спринцевание влагалища раствором сулемы 1 : 2000.
5. Производится глубокое промывание уретры раствором марганцовокислого калия (1 : 6000).
6. По окончании спринцевания через влагалищное зеркало протирают 2% ляписом влагалище и влагалищную часть шейки матки, а затем, по удалении зеркала, и преддверие влагалища, обращая особое внимание на крипты и ходы.
7. В течение 5—8 минут втирают в кожу наружных половых органов и близлежащих частей промежности мазь Мечникова (каломельная мазь).

В последнее время с профилактическими целями рекомендуют применять сульфаниламидные препараты, в частности сульфазол в количестве 6 г по следующей схеме: первый прием 2,0 тотчас после полового акта, во время которого могло произойти заражение, второй и третий приемы — по 1,5, четвертый прием — 1,0 с трех-



часовыми интервалами между приемами. За лицами, прибегающими к методу личной профилактики, устанавливается последующее врачебное наблюдение.

Борьбу с распространением венерических заболеваний у нас ведут венерологические диспансеры, пункты, кабинеты, организованные в городах и сельских местностях, в задачи которых входит не только лечение обратившихся за помощью больных, но главным образом предупреждение венерических болезней путем выявления больных гонорреей с привлечением их к обязательному лечению. Выявление больных со скрыто протекающими (бессимптомными) формами гонорреи производится путем систематического обследования направляемых женскими консультациями женщин.

Если диспансеру удастся выявить источник заражения того или иного лица, то он в силу предоставленных органам здравоохранения прав вызывает лиц, подозрительных в отношении заболевания гонорреей, для принудительного освидетельствования и лечения.

Как правило, диспансер обследует мужей больных гонорреей женщин; в случае выявления гонорреи у детей обязательному обследованию подвергаются родители. За лицами, направленными диспансером на стационарное лечение, наблюдение продолжается до их выписки.

Большое место в работе венерологического диспансера занимает санитарно-просветительная работа, задачей которой является разъяснение населению наших законодательных мероприятий по борьбе с венерическими болезнями, условий заражения, ознакомление с первыми признаками заражения. Следует указать на необходимость своевременного лечения, предупредить о последствиях нелеченой гонорреи и т. п.

Роль среднего медицинского персонала в деле санитарного просвещения населения, особенно в условиях сельской работы, огромна. В условиях села эта работа должна вестись в контакте с венерологическим пунктом района, который руководит всей работой по борьбе с венерическими болезнями.

## Гоноррея в раннем детском возрасте

### Заражение и течение

Гонорреей в раннем детском возрасте заболевают преимущественно девочки вследствие более легкой возможности инфицирования половых органов и повышенной восприимчивости к инфекции нежного эпителия, покрывающего наружные половые органы. Заражение происходит преимущественно путем переноса инфекции от взрослых.

Наблюдающееся заражение у маленьких детей, в особенности у девочек, происходит, если дети спят в одной постели с заражен-



ными гонорреей матерями или нянями, при посредстве губок, загрязненных рук и т. п. Нередко гоноррея поражает слизистую оболочку глаза, попадая сюда во время родов при прохождении головки плода через инфицированные родовые пути матери или при случайном втирании слизи, содержащей гонококки, в конъюнктивальный мешок при первом купании ребенка, или, наконец, в более поздней стадии послеродового периода при попадании в его глаза зараженных гонококками лохий. Гораздо реже инфицируются во время родов половые органы новорожденных девочек.

Гонококк, как было сказано выше, способен проникать через неповрежденный эпителий слизистых оболочек, причем наиболее благоприятной почвой для его развития являются однослойный цилиндрический эпителий слизистых оболочек и выводные протоки желез. Как кожа, так и слизистая оболочка, покрытая многослойным плоским эпителием, для гонококка непроницаемы; поэтому, попадая на слизистую оболочку много рожавшей женщины, гонококк не вызывает обычно воспалительных явлений. Между тем, нежный плоский эпителий вульвы и влагалища у детей и молодых девушек является, наоборот, благоприятной средой для внедрения гонококка.

Симптомы гонорройного заболевания глаз (бленоррея) выражаются в сильном покраснении и припухании конъюнктивы век, сопровождаясь при этом выделением сначала водянисто-желтой жидкости, а затем гноя.

При своевременном и правильном лечении, при отсутствии осложнений выздоровление наступает через 3—6 недель. При переходе процесса на роговицу с образованием язв последние могут вести вследствие перфорации роговицы к слепоте. Помня это, необходимо среднему медицинскому персоналу тщательно следить за глазами у новорожденных, педантично проводить уход за ними, особенно при подозрении на гоноррею у матери. Заболевшие дети должны быть изолированы. Лечение глаз у новорожденных требует большого опыта и знаний и поэтому должно поручаться специалистам-офтальмологам. Что касается профилактики, то в нашем распоряжении имеется надежный профилактический метод, предложенный Матвеевым и заключающийся во введении в конъюнктивальный мешок новорожденного немедленно после рождения 2% раствора азотнокислого серебра (*Argentum nitricum*).

При попадании гонококка на половые органы девочки заболевание чаще всего проявляется в форме вульвовагинита, т. е. воспалительного процесса в области вульвы, преддверия и влагалища. При осмотре наружных половых органов обнаруживаются покраснение и припухлость тканей, гнойное истечение из влагалища. Иногда вульва при плохом уходе за больным ребенком покрывается подсохшим гнойным секретом в виде корочек.

Ввиду нежности кожи воспалительная реакция распространяется нередко на бедра и паховые сгибы. Обычно быстро присоединяется воспаление уретры ввиду ее близости к месту инфекции.



Далеко не редко присоединяется воспаление бартолиновых желез. Стекающие вниз гнойные выделения могут вести к инфицированию слизистой оболочки прямой кишки. Нередко отмечаются увеличение и болезненность паховых лимфатических узлов.

Симптомы вульвовагинита не всегда бывают отчетливы. В раннем детском возрасте заболевание выявляется плачем ребенка (особенно при мочеиспускании), потерей аппетита и сна. Температура обычно субфебрильна. Диагноз ставится на основании нахождения гонококка в выделениях.

Обычно процесс ограничивается нижним отделом полового аппарата, восходящая гоноррея развивается сравнительно редко.

### Лечение

Больной ребенок должен быть изолирован от других детей. Желательно лечение проводить в больнице. В подострой и хронической стадиях лечение может проводиться амбулаторно. Пенициллино- и сульфаниламидотерапия показана во всех стадиях заболевания. Пенициллин применяется в тех же дозах, что и у взрослых.

Сульфаниламидные препараты (сульфидин, сульфазол, норсульфазол, сульфадиазин) назначаются в зависимости от возраста и общего состояния ребенка в среднем по 0,1—0,15 г в сутки на каждый килограмм веса дробными дозами 5 раз в день с промежутками в 3 часа в течение 5 дней. При отсутствии эффекта от пенициллина и сульфаниламидотерапии можно применить гонококковую вакцину в дозе 50—100 млн. микробных тел или протеинотерапию (начальная доза 0,5—1 мл) с последующим повторением применения пенициллина или сульфаниламидов. Детям до 3 лет иммунотерапия не рекомендуется. К местному лечению приступают тогда, когда после лечения пенициллином излечение не наступило.

Для местного лечения в острой стадии рекомендуются теплые сидячие ванны из отвара ромашки или с прибавлением дезинфицирующих веществ (борная кислота, раствор марганцовокислого калия — 1 : 10 000 на 10—15 минут 2—3 раза в день). Особенно тщательный уход необходим за кожей. При остром воспалении влагалища всякие манипуляции внутри его до получения результатов пенициллинотерапии противопоказаны во избежание занесения инфекции в вышележащие отделы. В случае необходимости промывание влагалища производится через тонкий резиновый катетер. Употребляют для этих целей те же препараты серебра (1—2% протаргол или 0,5—1% азотнокислое серебро в количестве 3—5 мл). Вливание производится через день.

Одновременно в уретру глазной пипеткой вводят 3—4 капли 1% протаргола или 0,5% раствора азотнокислого серебра. При наличии проктита в прямую кишку вводят 5—10 мл 1—3% раствора протаргола или же смазывают ее стенки мазью Микулича.

Критерием излеченности являются нормальная клиническая картина и отрицательные результаты повторных лабораторных исследований мазков на гонококки после провокации.



Провокация производится следующим образом: инъекция гонококковой вакцины в количестве 150—200 млн. микробных тел с одновременным смазыванием слизистой оболочки влагалища и вульвы раствором Люголя; в уретру вводят 2—3 капли 0,5% раствора азотнокислого серебра; такой же концентрации раствор азотнокислого серебра в количестве 10—15 мл вводится в прямую кишку. В течение 3 дней, начиная со 2-го дня после провокации, исследуют мазки из уретры влагалища и прямой кишки. Провокацию проводят один раз в месяц в течение 3 месяцев после лечения. Ребенок может быть допущен в детский коллектив только после того, как он будет признан выздоровевшим.

Лечение детской гонорреи может проводиться только врачом, так как неумелое и неправильное лечение ведет к тяжелым, иногда непоправимым последствиям.

### Профилактика

Профилактика заражения детей гонорреей должна осуществляться путем различных мероприятий. Мы не будем здесь останавливаться на предупреждении бленорреи глаз у новорожденных, ибо это достаточно полно излагается в учебниках акушерства, а остановимся на предупреждении гонорреи у детей более старшего возраста.

Матери должны тщательно следить за тем, чтобы гонорройные выделения теми или иными путями не были занесены на половые органы ребенка, что может иметь место как при пользовании предметами ухода (губка, полотенце, мыло, судна), которые были в соприкосновении с лицами, страдающими гонорреей, так и путем общения с больными гонорреей лицами, ухаживающими за ребенком.

Это должно заставить мать заботиться о том, чтобы ребенок не соприкасался с посторонними. Безусловно недопустимо пользование чужим мылом, полотенцем, судном, губкой и т. п. Очень важно, чтобы ребенок спал в отдельной постели и ни в коем случае не спал вместе со взрослыми. Если мать сама больна гонорреей, то тем более необходимо соблюдение чистоты при уходе за ребенком.

Профилактика заболеваний гонорреей в детских учреждениях должна проводиться путем регулярных осмотров детей и обслуживающего персонала с немедленной изоляцией заболевших. Необходимо вести тщательное наблюдение за чистотой в уборных и ваннных комнатах.

### СЕПТИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

#### Возбудители и распространение инфекции

К септическим заболеваниям нужно отнести такие воспалительные заболевания, которые вызываются микробами, принадлежащими к группе так называемых *гноеродных* бактерий. Возбудителями этих заболеваний чаще всего являются стрептококк,



реже стафилококк и кишечная палочка, еще реже пневмобациллы, пневмококки, возбудители гриппа, анаэробные микроорганизмы и прочие бактерии нагноения. Такие инфекции, как дифтерия и столбняк, относятся к особой группе заболеваний, вызывающих *токсемию* (отравление крови токсинами); при этом, хотя инфекция проявляется обычно в виде местного процесса, выделяемые этими бактериями токсины настолько активны, что могут привести организм к гибели.

Непременным условием для проникновения вышеназванных бактерий в организм является наличие *раневой* поверхности. Последнее обстоятельство отличает их от возбудителей гонорреи, сифилиса и туберкулеза, обладающих способностью проникновения в организм через неповрежденную ткань.

Различают *эндогенную* инфекцию — когда заражение вызывается бактериями, уже находящимися в том или ином месте организма (влагалище, трубы, кишечник, мочевые пути, миндалины, кариозные зубы и т. д.) и получившими возможность распространения в силу создавшихся для этого условий (роды, выкидыши, травма, оперативные вмешательства и т. д.), и *экзогенную* — когда возбудители заносятся извне. Чаще всего септические заражения происходят при производстве искусственных выкидышей и при неасептичном ведении родов и послеродового периода несведущими лицами.

Помимо случаев выкидышей и родов, инфекция может проникать в половые органы при сношении (разрывы гимена, слизистой влагалища), при различных манипуляциях во влагалище (спринцевание, введение зеркал, pessaries), если последние производятся недостаточно асептично и осторожно. Более опасными в смысле заражения являются всевозможные оперативные вмешательства, особенно связанные со вскрытием брюшной полости. Наконец, к развитию септических заболеваний могут вести омертвевшие фиброматозные узлы, перекрученные кисты, а также подвергающиеся омертвлению и разложению злокачественные новообразования, в тканях которых всегда развиваются патогенные бактерии.

Пути распространения инфекции могут быть следующие:

1) распространение по протяжению (*per continuitatem*), например, когда инфекция распространяется восходящим путем (из влагалища в полость матки, трубы, тазовую брюшину) или когда из мочевого пузыря бактерии проникают в почечные лоханки и далее в почки; 2) по лимфатическим путям; 3) по кровеносным путям. Конечно, такое деление является условным, так как обычно распространение инфекции идет одновременно различными путями.

В зависимости от того, какими путями происходит распространение инфекции, заболевание принимает то или иное течение. При распространении инфекции по протяжению заболевание обычно носит местный характер в виде воспаления слизистой оболочки матки (эндометрита), труб (сальпингита), тазовой брюшины (пельвеоперитонита).



При распространении инфекции по *лимфатическим* путям последняя проникает в клетчатку таза, причем заболевание может оставаться местным, если инфекция ограничивается только клетчаткой, не распространяясь за пределы ее (параметрит), или же ведет к общему септическому заражению. Инфекция, распространяющаяся по лимфатическим путям, нередко проникает в полость брюшины и плевры, вызывая гнойный перитонит и гнойный плеврит.

Распространение инфекции по *кровеносным* путям чаще всего ведет к общему септическому заражению (генерализация воспалительного процесса); при этом в различных местах организма обычно развиваются отдельные воспалительные фокусы вследствие занесения бактерий в различные органы и ткани из распадающихся в сосудах тромбов.

Септических заболеваний, связанных непосредственно с родами и послеродовым периодом, мы здесь касаться не будем, так как они излагаются в учебниках акушерства. В то же время необходимо остановиться на некоторых септических процессах (метроэндометрит, параметрит, заболевания брюшины) как вследствие того, что они могут развиваться вне связи с родами, так и потому, что они могут наблюдаться и через продолжительные промежутки после родов как результат неполного излечения послеродовых заболеваний.

### Инфекция с местной локализацией

#### Воспаление наружных половых органов

Вульвит (vulvitis) чаще всего является результатом нечистоплотного содержания наружных половых частей при наличии обильных выделений из матки и влагалища. Неопрятное содержание половых частей вызывает мацерацию их покровного эпителия, и таким образом создаются входные ворота для инфекции. Всякого рода травмы также благоприятствуют заболеванию наружных половых органов. При вульвите наблюдается резкая гиперемия малых и больших половых губ и клитора, появляются бели, чувство жжения и резкая болезненность при дотрагивании.

Для успешного лечения вульвита необходимо постельное содержание, холод к наружным половым органам (в остром периоде), борные и свинцовые примочки, частые подмывания теплой водой. Если вульвит развился как результат воспаления матки и влагалища, необходимо обратить внимание на основное заболевание.

#### Воспаление влагалища

Воспаление влагалища (colpitis) как первичное заболевание наблюдается сравнительно редко и чаще возникает вторично вследствие попадания инфицированных выделений из цервикального канала на слизистую оболочку влагалища. При наличии старых разрывов промежности и опущения влагалищной стенки доступ



патогенных микроорганизмов извне во влагалище облегчается, что также может способствовать возникновению заболевания.

В пожилом возрасте как результат климактерия часто наблюдается истончение слизистой оболочки влагалища (атрофия), вследствие чего она становится легко ранимой и нередко бывает усеяна множеством красных пятен — мельчайших кровоизлияний. Такое состояние слизистой препятствует самоочищению влагалища и способствует внедрению бактерий — возникает так называемый старческий кольпит.

При кольпите слизистая влагалища отечна и гиперемирована, больные обычно жалуются на обильные бели гнойного характера, боли и чувство жжения. Всякое исследование в этом периоде резко болезненно.

Для лечения кольпитов в острой стадии прежде всего необходим покой; для устранения патогенной флоры влагалища назначаются спринцевания раствором молочной кислоты, марганцово-кислого калия, ромашки, древесного уксуса. В хроническом периоде применяют тампоны с глицерином, а также физические методы лечения (души, грязевые тампоны, диатермию).

При старческих кольпитах хорошие результаты дает смазывание влагалища перекисью водорода с последующим вставлением тампона, смоченного вазелиновым маслом.

### Септическое воспаление матки и придатков

В острой стадии слизистая оболочка матки под влиянием жизнедеятельности бактерий (чаще всего стрептококка) подвергается некротическому распаду, покрываясь аспидносерым налетом.

Симптомы: повышение температуры, боли внизу живота, общая слабость, наличие грязных, иногда зловонных выделений; матка при давлении резко болезненна. Нужно, однако, иметь в виду, что описанные симптомы отнюдь не постоянны и картина заболевания может колебаться от слабо выраженных болезненных признаков до тяжелых септических процессов со смертельным исходом вследствие распространения инфекции за пределы матки. Как и при других инфекционных заболеваниях, течение и исход болезни зависят не столько от вирулентности попавших бактерий, сколько от состояния защитных сил организма.

При благоприятном течении болезни бактерии скоро погибают, налет отторгается вследствие образовавшегося под ним грануляционного вала, служащего преградой для дальнейшего распространения бактерий, после чего начинает разрастаться и новая слизистая оболочка.

При стенозах и сужении канала шейки матки гной вследствие недостаточного стока выделений скапливается в полости матки — образуется пиометра. В таких случаях температура принимает ремиттирующий характер, появляются ознобы, схваткообразные боли



внизу живота. При исследовании матка определяется увеличенной, мягкой (флюктуирует). Периодически при сильных схваткообразных болях происходит истечение гноя из матки. Лечение должно быть направлено к постоянному опорожнению матки от гноя; с этой целью через цервикальный канал вставляется дренаж (стеклянный или из толстой резины). Целесообразно сразу начинать применять пенициллин.

В тех случаях, когда инфекция распространяется за пределы матки, в процесс могут быть вовлечены или придатки матки, или же инфекция проникает в клетчатку и вызывает параметрит (флегмону тазовой клетчатки).

При поражении труб происходит омертвление поверхностных слоев слизистой оболочки трубы и склеивание фимбрий у брюшного ее конца. Накапливающийся экссудат растягивает замкнутую таким образом трубу, образуя гнойную мешотчатую опухоль (пиосальпинкс). При пиосальпинксе стенка трубы толще, чем при гидросальпинксе, так как в воспалительном процессе принимает участие не только слизистая, но и мышечная оболочка трубы, а часто и покрывающая ее брюшина.

Если в процесс вовлекается и яичник, то вокруг него образуются сращения, а в его толще могут развиваться большей или меньшей величины гнойники. Обычно воспалительные процессы в придатках сопровождаются и воспалением прилегающей брюшины, причем последнее может проявляться или в форме фибринозного налета, или же с образованием серозно-гнойного и гнойного выпота. Образующийся выпот может осумковаться в дугласовом пространстве или же (в худшем случае) привести к образованию разлитого гнойного перитонита. Осумковавшийся выпот может или рассосаться, оставив после себя сращения между брюшиной, маткой, придатками и кишечником, или же пробить себе выход наружу через прямую кишку, мочевой пузырь или влагалище.

Симптомы, указывающие на поражение придатков и прилегающей брюшины, мало чем отличаются от описанных выше явлений при аналогичном поражении при гоноррее. Больные жалуются на резкие боли внизу живота, усиливающиеся при давлении, при бимануальном исследовании. При пальпации определяются напряжение и болезненность передней брюшной стенки. Пульс учащен, температура держится выше  $38^{\circ}$ . Стул обычно задержан вследствие ослабления перистальтики. Мочеиспускание учащено, иногда болезненно. Часто появляются тошнота и рвота, указывающие на раздражение брюшины.

### Воспаление клетчатки таза

Что касается воспалительных процессов клетчатки, то таковые чаще всего возникают в результате пuerперальной (послеродовой) инфекции или в связи с абортами, особенно криминальными. Поражение клетчатки чаще всего происходит благодаря проникновению



в нее стрептококка или стафилококка, реже — кишечной палочки. Гонококк и туберкулезная палочка редко вызывают воспаление клетчатки.

Клинические признаки при воспалении тазовой клетчатки можно разбить на две группы: I — признаки, свойственные воспалительному процессу в клетчатке независимо от места ее расположения, и II — признаки, которые присущи воспалительным процессам клетчатки малого таза.

К первой группе должны быть отнесены следующие признаки: 1) быстрый подъем температуры до высоких цифр ( $39^{\circ}$  и выше); в дальнейшем температура сохраняет свой постоянный характер, незначительно понижаясь (до  $38^{\circ}$ ) по утрам. Если образуется гнойник, температура сразу принимает ремиттирующий характер. Нередко наблюдаются ознобы, а при спадении температуры — поты. Пульс обычно соответствует температуре, частота его держится в пределах 100 ударов в минуту; 2) характерные боли, которые обычно, особенно вначале, не бывают сильными; больные жалуются на болевые ощущения при ощупывании нижних отделов живота и при бимануальном исследовании. Сильных болевых ощущений, если в процесс не вовлекается брюшина малого таза, больные обычно не испытывают.

Ко второй группе признаков относятся: форма инфильтрата и топографическое отношение его к органам малого таза. Как известно, в тазе клетчатка расположена в различных участках — в широких связках, около мочевого пузыря, около прямой кишки, у стенок таза.

Наиболее крупные отделы клетчатки располагаются симметрично с обеих сторон от матки, в толще широких связок (параметральная клетчатка). Эти отделы инфицируются чаще других; воспаление параметральной клетчатки носит название *параметрита*. Инфекция в эти отделы клетчатки проникает обычно из полости матки по лимфатическим и кровеносным путям, вызывая с одной или с обеих сторон от матки образование инфильтрата, разъединяющего брюшинные листки широкой связки и распространяющегося до боковой стенки таза. Верхняя граница инфильтрата нередко в таких случаях прощупывается над пупартовой связкой. Если в процесс вовлекаются и нижние отделы параметральной клетчатки, то инфильтрат прощупывается со стороны влагалища в области боковых его сводов, при этом слизистая оболочка сводов влагалища утрачивает свою подвижность (перестает смещаться) и часто становится отечной, теряя свою складчатость. Если инфильтрат с одной или с обеих сторон доходит до стенок таза, матка также становится неподвижной.

Инфекция из одного отдела клетчатки может проникать в соседние, поэтому не всегда можно определить источник, откуда инфекция проникла в клетчатку. Однако воспаление окологрулярной клетчатки чаще бывает связано с инфекционными процессами в мочевом пузыре, а воспаление параректальной клетчатки — с инфекцией из прямой кишки.

Если при воспалении и процесс ограничивается, то температура падает, однако процесс воспаления медленно, что образованная молодая соединительная ткань, благодаря рыхлости.

По мере рубцевания уменьшается и об смещать соседние воспалительный процесс в клетчатке гнойники, которые лительного очага жимым (гнойный При образовании при исследовании признаков

Так, при бимануальном исследовании из сводов вместо эластичности тканей стенки, то связкой.

В то же время Суточные колебания температуры, она приобретает характерные процессы, температуры. Лейкоциты

Исход гноя осумковывается или же гной (влагалище, может вскрыться сказать, наблюдая отечность и краснотой, а затем туация.

Сравнительно влагалище, ча В последних с прямой кишки всегда такое с ровлению; от нет накаливания процесса.



Если при воспалении тазовой клетчатки нагноения не происходит и процесс ограничивается только отеком, мелкоклеточной инфильтрацией, то температура и пульс сравнительно быстро выравниваются, однако рассасывание образовавшихся инфильтратов происходит медленно, и нередко в клетчатке после перенесенного воспаления остаются глубокие следы. Зависит это от того, что образовавшаяся за счет мелкоклеточной инфильтрации молодая соединительная ткань преобразуется в плотную, рубцовую, благодаря чему клетчатка теряет свою нормальную рыхлость.

По мере рубцевания соединительной ткани объем инфильтрата уменьшается и образовавшиеся в параметрии рубцы начинают смещать соседние органы (матку и придатки) в ту сторону, где был воспалительный процесс. В тех случаях, когда воспалительный процесс в клетчатке прогрессирует, сначала образуются мелкие гнойники, которые постепенно сливаются вместе. В центре воспалительного очага клетчатки образуется полость с гнойным содержанием (гнойный параметрит).

При образовании гнойной полости в клетчатке объективные данные при исследовании изменяются и появляется ряд других клинических признаков.

Так, при бимануальном исследовании в таких случаях в одном из сводов вместо плотности определяется зыбление и некоторая эластичность ткани. Если гнойник находится вблизи брюшной стенки, то зыбление определяется обычно над пупартовой связкой.

В то же время наблюдаются и изменения клинической картины. Суточные колебания температуры тела становятся значительнее, она приобретает ремиттирующий, свойственный нагноительным процессам, характер. Частота пульса соответствует колебаниям температуры. Лейкоцитоз остается на высоких цифрах.

Исход гнойного параметрита может быть двояким: или гнойник осумковывается путем образования вокруг него плотной капсулы, или же гной может проложить себе путь в соседние полые органы (влагалище, мочевого пузырь, прямую кишку). Наконец, гнойник может вскрыться через переднюю брюшную стенку, что, кстати сказать, наблюдается чаще всего. При этом сперва появляются отечность и краснота кожных покровов над пупартовой связкой, а затем — выпячивание истонченной кожи и флюктуация.

Сравнительно редко параметральный гнойник вскрывается во влагалище, чаще же — в мочевого пузырь или в прямую кишку. В последних случаях температура резко падает, и с мочой или из прямой кишки выделяется обильное количество гноя. Однако не всегда такое самопроизвольное вскрытие гнойника ведет к выздоровлению; отверстие гнойника может закрыться, и гной снова начнет накапливаться, а это опять вызовет вспышку воспалительного процесса.



Поэтому при гнойном параметрите во избежание развития общего сепсиса рекомендуется своевременное опорожнение гнойников хирургическим путем с введением дренажа для полного опорожнения гнойной полости. Доступ к такому гнойнику может быть как со стороны брюшной стенки, так и со стороны влагалища (через задний свод).

### Общее септическое заражение

Если инфекция вирулентна, количество болезнетворных бактерий велико, а общая сопротивляемость организма понижена, то инфекция, чаще всего по *лимфатическим* путям, проникает в брюшину, что приводит к общему разлитому гнойному перитониту.

Симптомы общего перитонита, вызванного гноеродными бактериями, следующие: резкое учащение пульса (120—140 в минуту), причем частота его не соответствует температуре. Кроме того, пульс вначале всегда напряжен; по мере дальнейшей интоксикации организма пульс становится мягким, появляются перебои. В случаях со смертельным исходом частота пульса увеличивается настолько, что его трудно бывает сосчитать, причем он становится нитевидным. Дыхание также становится частым и поверхностным вследствие сильного вздутия кишок (метеоризм), высокого стояния диафрагмы.

Вид больной также характерен: землистый цвет лица, слизистые оболочки бледны, глаза мутные, ввалившиеся, черты лица заострены, конечности холодны. Со стороны желудочно-кишечного тракта можно отметить следующие явления: губы сухие, покрыты темными корками; язык обложен, сухой; живот вздут вследствие пареза кишок. Часто наблюдается икота, мучительная отрыжка, рвота. Стул обычно задержан, и вызвать его не удастся ни клизмами, ни слабительными. Иногда, наоборот, запоры сменяются частыми поносами (септические поносы), обусловленными тяжелой интоксикацией организма. Перкуторно скопление экссудата в брюшной полости определяется в виде притупления в отлогих местах. Состояние больных обычно подавленное, к окружающему они относятся безразлично, на вопросы отвечают вяло или совсем не отвечают; иногда, наоборот, больные возбуждены, бредят, галлюцинируют.

Вышеописанная клиническая картина разворачивается иногда весьма быстро и приводит организм в течение 1—2 суток к гибели от прогрессирующей общей инфекции и интоксикации.

Распространение инфекции за пределы местного процесса, помимо лимфатических путей, может происходить и по *кровеносным* путям, причем чаще этот путь имеет место при стрептококковой инфекции. Инфекция распространяется обычно, как мы уже сказали, по венам, вызывая тромбофлебиты. Если поражается поверхностная вена, то она прощупывается под кожей в виде плот-



ного болезненного тяжа. Кожа в этом месте краснеет, и устанавливается субфебрильная температура.

Тромбофлебиты глуболежащих тазовых вен и глубоких вен бедра являются всегда серьезным осложнением, надолго приковывающим больных к постели. Тромбофлебит бедренной вены часто сопровождается ступенеобразным нарастанием частоты пульса, подъемом температуры на  $1-2^{\circ}$  и более. К первым признакам тромбофлебита следует отнести боль в конечности, особенно при движении, появление чувства онемения конечности и «ползания мурашек». При ощупывании конечности боли определяются по ходу бедренной вены по направлению к паху или к подколенной ямке. Больная конечность сильно отекает, становясь в полтора-два раза толще здоровой, кожа на ней лоснится, ясно вырисовывается обычно сеть расширенных поверхностных вен, по которым совершается отток крови (вместо бедренной вены). Вследствие расширения поверхностных вен температура кожи на больной ноге, несмотря на отечность, повышается на  $1-3^{\circ}$  в сравнении со здоровой.

Опасность тромбофлебитов заключается для больной в том, что оторвавшиеся кусочки тромба могут закупорить важные для жизни кровеносные сосуды (например, ветви легочной артерии, мозговые сосуды) и вызвать быструю смерть больной от эмболии.

Если бактерии в тромбах не погибают, то тромб подвергается гнойному размягчению, обрывки его или частички гнойного распада попадают в кровяное русло и вызывают заболевание, называемое *пиемией*.

Следовательно, при этой форме заболевания бактерии не свободно циркулируют в крови, а остаются заключенными в частичках распадающегося тромба и с ними разносятся током крови в различные места организма больной. Не исключена и другая возможность. Бактерии, попадающие в кровь из гнойно распадающегося тромба, не только свободно циркулируют в крови, но при понижении защитных способностей организма начинают там развиваться, вызывая также общее заражение организма, называемое *сепсисом*.

Клиническая картина сепсиса обычно характерна, и все явления развиваются необычайно быстро. Часто уже в первый день заболевания появляется сильный озноб, температура резко повышается, оставаясь в дальнейшем в пределах  $39-40^{\circ}$ , пульс становится частым (до  $120-140$  в минуту), дыхание ускоряется, становится более поверхностным. Язык сухой, обложен. Нередко наблюдаются поносы; аппетит пропадает, появляется мучительная жажда, сухость во рту.

Больные производят тяжелое впечатление. Довольно быстро наступают помрачение сознания, произвольные мочеиспускания и дефекация, появляется цианоз, конечности холодеют. Смерть наступает при явлениях нарастающей сердечной слабости и резко выраженного общего отравления организма.



Сепсис может принять и затяжное, хроническое течение. При этом микробы, попадающие в кровяное русло, разносятся по всему организму, вызывая образование абсцессов (метастазов) в различных органах и тканях (почки, легкие, клапаны сердца, суставы и т. д.).

*Пиемия* дает также свои характерные симптомы, сводящиеся главным образом к быстрому повышению температуры тела (до 40—41°), сопровождающемуся потрясающими ознобами.

Во время такого приступа больных буквально «подбрасывает» на кровати; никакие грелки не избавляют их от дрожи, кожа становится гусиной, губы синеют, пульс резко учащается. Затем озноб проходит, и больные испытывают, напротив, чувство жара. Температура тела вскоре падает до нормы, а иногда и ниже, что сопровождается обильным потом. Общее самочувствие больной значительно улучшается, остается только общая слабость. В таком состоянии больная находится в период между приступами, иногда повторяющимися по несколько раз в день. Если исчезают источники, откуда попадают частицы распадающегося тромба с бактериями, то ознобы прекращаются и наступает выздоровление. Следует, очевидно, думать, что при распаде тромба в кровяное русло попадают и частицы тромба с бактериями, и свободные микроорганизмы, в зависимости от чего и развивается та или иная картина болезни.

В лечении септической инфекции соответственно вышесказанному можно различать: 1) лечение местных процессов и 2) лечение генерализованного (общего) заражения.

Что касается первой задачи, то она сводится вначале, в острой стадии, к возможно раннему применению антибиотиков и назначению абсолютного покоя. По окончании острой стадии дальнейшее лечение проводится или консервативно (все виды рассасывающего лечения), или в более редких случаях заканчивается оперативным вмешательством (удаление хронически измененных придатков).

При образовании гнойных абсцессов нередко приходится прибегать к оперативному лечению (вскрытие пиосальпинксов и скоплений гноя в дугласовом пространстве через задний свод, вскрытие гнойников в клетчатке). О лечении тромбофлебитов и гнойного перитонита было уже сказано выше.

Что касается лечения общей септической инфекции, то в последние годы достигнуты большие успехи в этой области, смертность от нее значительно снизилась благодаря применению сульфаниламидов, а главным образом антибиотиков — пенициллина и стрептомицина (см. стр. 241).

Мы не будем здесь касаться в деталях различных способов лечения сепсиса, а укажем только те принципы, на которых это лечение строится. Если вспомнить, что клиническую картину септической инфекции определяют патологические изменения, вызванные патогенными микробами, и в то же время инфекции про-



тивопоставляется реакция на нее организма с мобилизацией его защитных сил, то, очевидно, терапия должна идти в первую очередь по пути мобилизации защитных сил организма, повышения его сопротивляемости (иммунотерапия, вакцино- и серотерапия, переливание крови и др.), а также по пути воздействия теми или иными средствами (пенициллин, сульфаниламиды) на инфекционный процесс.

Кроме того, проводится лечение, имеющее целью помочь организму в борьбе с инфекцией устранением или ослаблением тех или иных болезненных симптомов (симптоматическая терапия). Никогда не следует забывать о ведущей роли центральной нервной системы в процессе выздоровления, поэтому необходимо всячески стремиться к созданию вокруг больной такой обстановки и режима, которые бы исключили возможность всякой психической травмы.

При наличии сепсиса больная требует особенно внимательного ухода и соблюдения тщательной асептики ввиду опасности внесения в ослабленный организм новых заразных начал, которые осложняют первичное заболевание. Поэтому надо заботиться о содержании в особенной чистоте всего тела, рук, рта, постельного белья и окружающей обстановки.

Так как падение температуры у септических больных обычно сопровождается обильными потами, то необходима частая смена белья. Больная должна быть постоянно в тепле (грелки, теплое белье). Необходимо следить за регулярным действием кишечника для уменьшения интоксикации. Обычно септическим больным назначается в больших дозах вино. Больных нужно чаще поворачивать с бока на бок для предупреждения пролежней и гипостаза в легких.

Забота о создании соответствующих условий удлиненного физиологического сна, о соответствующем и своевременном питании, помощь при приеме пищи, уход за ртом, наблюдение за пульсом, температурой, ознобами, уход за кожей, волосами, перекладывание больных, помощь при отпавлении физиологических потребностей, пунктуальное выполнение назначений врача — все это лежит на обязанности ухаживающего персонала и при добросовестном выполнении обеспечивает успех лечения.

Особого ухода требуют больные с тромбозом бедренной вены. Таким больным рекомендуется строгий покой; для лучшего оттока крови больной конечности, помещенной в полусогнутом положении в шину, придается возвышенное положение. Поскольку больной так приходится лежать длительное время, то нужно обращать внимание на все мелочи. Следует своевременно подкладывать вату в шину, чтобы не было давления на мягкие ткани; особое внимание нужно обращать на пятку. Одежда должна лежать не на стопе и не на пальцах, а на краю подошвенной части шины, иначе длительное давление даже легкого одеяла может вызвать боли, парезы разгибателей и даже пролежни. Некоторые авторы рекомендуют для успокоения болей и улучшения кровообращения грелки или согревающие компрессы.



Следует избегать средств, возбуждающих сердечную деятельность и повышающих кровяное давление, во избежание отрывов кусочков тромба и эмболий. В начальных стадиях тромбофлебита рекомендуется применение пиявок или средств, понижающих свертывание крови (гепарин, дикумарин). Движения ногой можно начинать не ранее 2 недель после установления нормальной температуры и исчезновения боли при ощупывании по ходу пораженной вены. Еще через неделю разрешают осторожно вставать с постели.

Остаточные явления тромбофлебита (отек) остаются на длительные сроки. Для их устранения рекомендуются различные тепловые процедуры (теплые ванны, впоследствии грязевые процедуры, радоновые ванны).

### Профилактика септических заболеваний

Профилактика септических заболеваний включает, с одной стороны, мероприятия общественной профилактики, с другой — индивидуальные меры профилактики.

К мероприятиям общественной профилактики относятся: устройство сети консультаций для беременных, развитие стационарного родовспоможения, организация специализированных диспансеров, широкая санитарно-просветительная работа среди населения, поднятие культурного уровня и благосостояния масс.

Индивидуальная профилактика должна быть направлена на предупреждение экзогенной и эндогенной инфекции, а также на поднятие общей сопротивляемости организма.

Женские консультации, консультации для беременных в своей повседневной работе должны стремиться выявлять различные заболевания в ранних стадиях болезни, своевременно их лечить и тем предупреждать могущие возникнуть осложнения септического характера. Особенно большое значение имеет правильная постановка родовспоможения, обеспечивающая население квалифицированной акушерской помощью, гарантирующей асептическое ведение родов.

Исключительно большие успехи в профилактике послеродовых септических заболеваний достигнуты в Советском Союзе особенно за последние 20 лет. Так, в 1935 г. на основе решений XVI Всероссийского съезда Советов и II Всесоюзного съезда колхозников-ударников, помимо расширения сети детских консультаций и консультаций для беременных, увеличения количества родильных коек в участковых больницах и числа акушерских пунктов, в целях максимального приближения родильной помощи к колхозной деревне была организована сеть колхозных родильных домов, работающих под непосредственным контролем врачебного участка.

Хорошо налаженная работа в колхозном родильном доме, снабженном всем необходимым для оказания квалифицированной помощи при родах, сыграла огромную роль в улучшении родовспоможения в колхозах, в снижении заболеваемости и материнской смертности.



Кроме того, борьба с подпольными абортами также является существенным моментом в деле предупреждения септических заболеваний. В задачу акушерки при проведении общей санитарно-просветительной работы безусловно должно входить разъяснение опасности аборт.

В целях борьбы с подпольными абортами советская власть легализовала производство аборта в надлежащих условиях больницы, что явилось актом чрезвычайной важности в предупреждении сепсиса и снижении смертности. Никто однако не отрицает того, что аборт и в больничной обстановке для женщины вреден, но из двух зол выбрано меньшее, так как вне больничной обстановки аборт особенно вреден и безусловно опасен для жизни.

Ярким свидетельством величайшей заботы Коммунистической партии и советского правительства о народном здравоохранении, о детях и матерях являются улучшение материального положения семьи, рост культуры женщины. Указ Президиума Верховного Совета СССР от 8 июля 1944 г. обеспечивает увеличение государственной помощи беременным женщинам, многодетным и одиноким матерям, усиление охраны материнства и детства, устанавливает почетное звание «Мать-героиня», орден «Материнская слава» и медаль «Медаль материнства». Указ Президиума Верховного Совета от 26 марта 1956 г. устанавливает увеличение продолжительности отпуска по беременности и родам.

Мероприятия по индивидуальной профилактике в основном должны сводиться к повседневному уходу за чистотой половых органов, к лечению любых воспалительных заболеваний в самых начальных стадиях болезни во избежание распространения воспалительных процессов и могущих наступить осложнений. Особенно тщательный уход за чистотой половых органов должен быть во время месячных, беременности и в послеродовом периоде, когда условия для проникновения септической инфекции наиболее благоприятны.

Медицинский персонал в своей санитарно-просветительной работе всегда должен внушать женщинам необходимость посещения женской консультации 1—2 раза в году для профилактических осмотров с целью раннего выявления бессимптомных заболеваний и своевременного их лечения.

### ТУБЕРКУЛЕЗ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

Туберкулезные заболевания женских половых органов в большинстве случаев не являются самостоятельным первичным заболеванием, а представляют вторичное, местное проявление общего туберкулеза. Из отдельных частей полового аппарата наиболее часто поражаются фаллопиевы трубы, затем матка и яичники. Наиболее редко поражаются влагалище и вульва.

При вторичном поражении половых органов, при наличии общего туберкулезного заболевания процесс может непосредственно перейти на фаллопиевы трубы со стороны пораженной брю-



шины и кишечника, кроме того, он может распространиться через кровь и по лимфатическим путям.

Гематогенный путь считается главным путем распространения туберкулезной инфекции. Обычно первичным очагом является туберкулезное поражение легких, бронхиальных и брыжеечных лимфатических узлов, костей и миндалин. При распаде бугорка с разрушением стенок кровеносных сосудов туберкулезные палочки проникают в общий ток кровообращения и заносятся в другие органы.

По лимфатическим путям возможен переход туберкулезной инфекции из первичных язвенных очагов кишечника, расположенных в области слепой и S-образной (*flexura sigmoidea*) кишок.

Первичное поражение половых органов вызывается туберкулезными палочками, проникшими извне и распространяющимися в восходящем направлении на более глубокие, вышележащие отделы полового тракта. Первичный туберкулез половых органов встречается очень редко, несмотря на возможности занесения заразного начала пальцами и инструментами при исследовании, при спринцеваниях, губками, бельем и, наконец, при половых сношениях.

Встречающиеся изредка туберкулезные поражения в области *наружных половых частей* имеют вид очень мелких язвочек с беложелтым налетом на дне, с изъязвленными краями и узелками на них. Паховые лимфатические узлы при этом бывают увеличены, но мягки на ощупь и часто, размягчаясь дальше, содержат творожистый распад.

Туберкулез *влагалища* проявляется в виде поверхностной язвы, очень болезненной при давлении, с сильно подрытыми краями. Вокруг такой язвы почти всегда можно встретить сероватые просовидные узелки.

На *влагалищной части шейки матки* туберкулез развивается в виде поверхностной язвы неправильной формы с резко очерченными подрытыми краями, с бело-желтым дном; на дне и краях язвы заметны мелкие просовидные бугорки. Для уточнения характера заболевания следует произвести микроскопическое исследование.

Попадая извне, туберкулезная палочка может проникнуть в вышележащие отделы полового аппарата путем передвижения вместе с блуждающими клетками или вместе с семенем. Кроме того, благоприятным моментом для продвижения инфекции вверх является наличие сгустков крови или частичек ткани в канале шейки матки (что бывает во время месячных и в послеродовом периоде), вследствие чего устраняется нормально существующее разграничение между полостью матки и влагалищем. Туберкулезная палочка может также проникать в фаллопиевы трубы, яичник и брюшину по лимфатическим путям.

*Фаллопиевы трубы* поражаются туберкулезом наиболее часто, причем инфекция может перейти непосредственно со стороны пораженной брюшины и кишечника или гематогенным путем. Распо-



знание туберкулезного поражения является нелегкой задачей; особенно трудно отличить туберкулезный сальпингит от гонорройного. Узловатые утолщения, извилистость трубы, сращения с окружающими органами и непостоянство температуры свойственны тому и другому заболеванию.

Туберкулезное поражение *яичников* представляется в виде разбросанных по поверхности яичника просовидных узелков без изменения самого яичника. Иногда же поражаются паренхима яичника, его фолликулярный аппарат и желтое тело. При поверхностном поражении яичника процесс ограничивается верхними слоями. При поражении паренхимы туберкулезная инфекция проникает по лимфатическим или кровеносным путям, причем образуются множественные туберкулезные очаги, которые подвергаются творожистому гнойному распаду, сливаются и образуют гнойную опухоль яичника, иногда достигающую значительных размеров (рис. 77).

На *слизистую оболочку матки* туберкулезная инфекция проникает по лимфатическим путям из пораженных труб или гематогенным путем из более отдаленных очагов. При туберкулезном поражении слизистой оболочки (туберкулезном эндометрите) в начальных стадиях появляются отдельные изолированные бугорки, причем менструальная функция обычно не изменяется. В тяжелых случаях туберкулезный процесс может захватить и *мышечную стенку*; при этом полость матки от нарастающей массы творожисто-гнойного распада растягивается и при облитерации внутреннего зева дает картину пиометры. Туберкулезный распад, выделяясь из матки, может инфицировать нижележащие отделы, вызывая изъязвления слизистой цервикального канала, влагалищной части шейки матки и влагалища.

Туберкулез *влагалищной части* матки редко встречается изолированно; обычно он комбинируется с туберкулезным поражением тела матки.

Туберкулез *брюшины* встречается в виде экссудативной формы, сопровождающейся асцитом, и в виде сухой, слипчивой формы. При *экссудативной* форме вся париетальная и висцеральная брюшина оказывается усеянной на всем своем протяжении бугорками (рис. 78). Живот заметно увеличен, что зависит от скопления в брюшной полости серозной жидкости, иногда же с примесью хлопьев или кровянистой. Пораженный сальник превращается в бугристую опухоль, спаянную с кишками, которую иногда удается

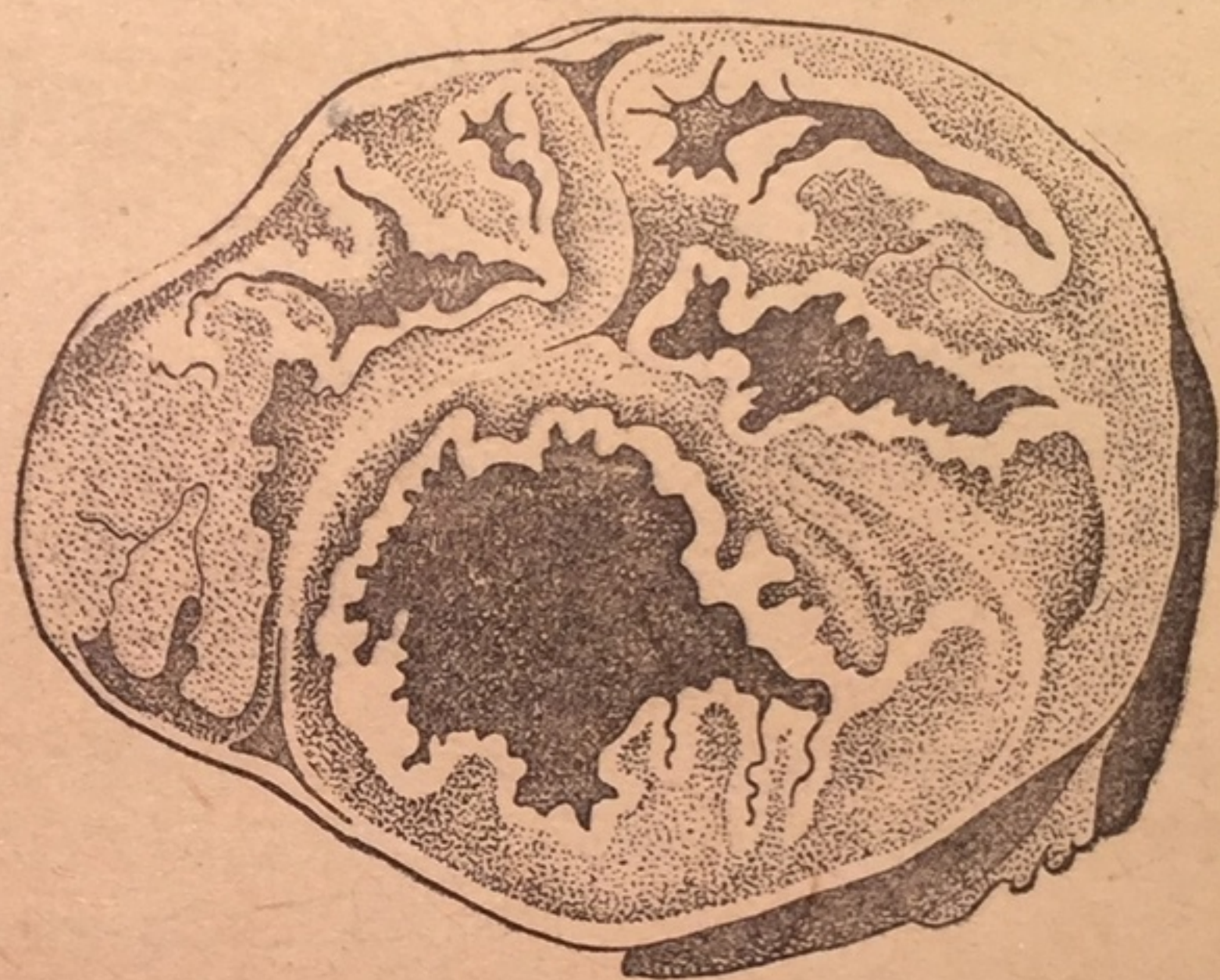


Рис. 77. Туберкулез яичника.



прощупать через брюшную стенку. При *сухой* форме туберкулезного перитонита поверхность брюшины и кишок покрывается воспалительным фибринозным выпотом, ведущим к склеиваниям и к сращениям, вследствие чего образуются конгломераты слипшихся кишок. Между петлями кишок могут образоваться осумкованные полости, выполненные асцитической жидкостью или казеозными массами. Живот при сухой форме туберкулезного перитонита втянут, мало болезнен. Заболевание протекает при умеренной температуре и при явлениях прогрессирующего похудения.

Диагноз туберкулезного поражения наружных половых органов ставится на основании существующих изменений (язвы, бугорки), отличающихся своим характерным видом. Диагностировать наличие туберкулезного поражения внутренних половых органов представляется трудным, так как симптомы или отсутствуют, или



Рис. 78. Туберкулез брюшины.

проявляются нехарактерно. Обнаруживаемые при исследовании изменения в матке, трубах и яичниках мало отличаются от таковых при гонорройных и септических заболеваниях. Некоторым отличием может служить сравнительно малая чувствительность пораженных органов. Характерной особенностью туберкулезного поражения является одновременное широкое участие тазовой и вышележащей брюшины. Течение болезни при туберкулезном процессе отличается тем, что оно протекает незаметно, подостро, при нормальной или незначительно повышенной температуре; болезнь тянется долго. При применении рассасывающего лечения иногда замечается ухудшение. Изменения в общем состоянии больной, а также в легких, плевре и других органах способствуют установлению правильного диагноза. При собирании анамнеза у больных с подозрением на туберкулез половых органов обязательно нужно выяснить, нет ли указаний на туберкулез других органов (легких), нет ли заболеваний туберкулезом в семье опрашиваемой больной.

Что касается методов лабораторной диагностики при туберкулезе половых органов, то они обычно ничего характерного не дают. Со стороны крови характерных изменений нет. В ряде случаев наблюдается лейкоцитоз (12—16 тысяч) и ускорение РОЭ (до 40—



60 мм в час). В большинстве же случаев РОЭ — в пределах нормы, а лейкоцитоз может быть ниже нормы (3,5—5 тысяч). Туберкулиновая проба для диагностики туберкулеза половых органов (реакция Пирке и Манту) большого практического значения не имеет, ибо даже при положительной пробе не может быть уверенности в том, что туберкулезный очаг находится в половых, а не в других органах. Отрицательная кожная реакция на туберкулин не может считаться доказательством отсутствия туберкулезной инфекции в организме.

Течение туберкулезного процесса в женских половых органах зависит от степени распространения процесса и общих условий жизни больной. Тяжелые формы туберкулеза половых органов иногда излечиваются, оставляя после себя лишь сращения, которые служат причиной постоянных болей и дисменоррейных явлений.

При туберкулезе с глубокими и обширными разрушениями в эндометрии может наступить аменорея, а в некоторых случаях даже произойти облитерация полости матки. Ввиду частого поражения труб и нарушений функции яичников при туберкулезе половых органов в подавляющем большинстве случаев наблюдается бесплодие. При туберкулезном перитоните предсказание зависит от общего состояния организма и от степени поражения других органов. При прогрессирующем туберкулезе предсказание весьма серьезно.

Лечение туберкулезного поражения половых органов прежде всего должно быть общим укрепляющим (пребывание на свежем воздухе, солнце, покой, хорошее питание).

В последние годы при туберкулезе половых органов с успехом применяется лечение стрептомицином и ПАСК. При туберкулезном поражении вульвы, влагалища и шейки матки (при язвенных формах) стрептомицин применяется местно путем внутритканевых обкалываний. На курс лечения необходимо 20—30 г стрептомицина.

При туберкулезном эндометрите в сочетании с поражением придатков стрептомицин применяется комбинированно (инъекции в шейку матки и внутримышечно в ягодицы). Среднесуточная доза — до 1 г. На курс лечения необходимо 40—60 г стрептомицина.

При остром туберкулезном процессе придатков, сопровождающемся туберкулезным перитонитом, успех наблюдается от введения больших доз стрептомицина (до 60 г на курс лечения).

При наличии больших опухолей придатков показано оперативное лечение; в случаях, когда имеются значительные сращения с тазовой брюшиной и другими органами — рентгенотерапия. При экссудативной форме туберкулезного перитонита оперативное вмешательство часто способствует излечению; хорошие результаты от оперативного вмешательства объясняются повышением местных реактивных процессов, наступающих вследствие гиперемии, вызванной операцией в пораженной туберкулезом брюшине. При слипчивой форме оперативное вмешательство противопоказано; следует проводить общее укрепляющее лечение.



## СИФИЛИС (ТВЕРДЫЙ ШАНКР) ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

Как известно, сифилис является хроническим инфекционным заболеванием, которое вызывается бледной спирохетой.

Поскольку заражение сифилисом происходит преимущественно половым путем, это заболевание издавна относят к группе венерических болезней.

Поэтому подробное изложение вопросов эпидемиологии, диагностики, течения и лечения сифилиса, оценку этого заболевания с точки зрения его социальной значимости, равно как и вопросы личной и общественной профилактики учащиеся могут найти в учебниках о венерических болезнях. В данной же главе мы ограничимся лишь описанием местных изменений, которые наблюдаются при поражении сифилисом женских половых органов.

Первичное сифилитическое поражение тканей у женщин (первичный склероз) приходится наблюдать как на коже наружных половых органов, так и на слизистых оболочках влагалища. Большею частью первичный склероз отмечается в виде одиночной язвы, хотя у женщин чаще, чем у мужчин, встречаются множественные очаги твердого шанкра. Объясняется это тем, что бледные спирохеты одновременно попадают на образовавшиеся дефекты эпителия больших и малых губ в нескольких местах. Кроме того, возможен так называемый контактный перенос возбудителей сифилиса. Так как большие и малые губы вплотную прилегают друг к другу, то бледные спирохеты могут быть перенесены с зараженной стороны на незараженную, что ведет к образованию сифилитических язв на симметричных местах.

Первичный склероз, развивающийся на наружных половых органах, имеет обычно вид язвы с прозрачным, клейким отделяемым. Дно язвы имеет буроокрасную окраску, на вид представляется гладким, влажным и блестящим. Края язвы ровные, неподрытые. Основание на ощупь представляется инфильтрированным, твердым (хрящеватым). Вокруг язвы нередко наблюдается припухлость в виде венчика с цианотичной окраской.

Нужно, однако, иметь в виду, что сравнительно часто у женщин встречается наиболее простая форма твердого шанкра; при осмотре и ощупывании он представляет собой вид влажного блестящего диска различной величины, твердого на ощупь, слегка приподнимающегося над поверхностью и окрашенного в темнокрасный цвет.

Иногда дефект эпителия, через который проникает инфекция, быстро заживает, и первичной сифилитической язвы не образуется, а возникает обширная сифилитическая гранулома (в виде индуративного отека) на месте проникновения инфекции. Появление безболезненных бубонов в паху, а в дальнейшем возникновение характерной для сифилиса сыпи подтверждают правильность диагноза в таких случаях. Папулезная сыпь на наружных половых органах довольно часто появляется при образовании первичной сифилитической



ской язвы (вернее, первичного склероза) на влагалищной части шейки матки.

Большинство клиницистов считает, что появление таких папул обусловлено прививкой сифилитической инфекции, находящейся в вытекающих из влагалища выделениях.

На слизистых оболочках влагалища и влагалищной части шейки матки сифилитические поражения наблюдаются, как и в других местах, в виде первичного склероза или папул и гумм.

Первичный склероз на влагалищной части шейки нередко является результатом заражения обыкновенной эрозии шейки матки.

Твердый шанкр в таких случаях вначале имеет вид банальной эрозии, которая позднее покрывается дифтеритическим налетом, а в некоторых случаях подвергается гангренозному распаду. При ощупывании такой шейки пальцем ощущается увеличение влагалищной части шейки матки вследствие индуративного отека последней. При осмотре при помощи зеркал на влагалищной части шейки видна окружающая цервикальный канал эрозия с резко очерченными, неподрытыми краями буро-красного цвета. Окружающие ткани не изменены, если нет сопутствующих воспалительных процессов. Если поражение ограничивается только влагалищной частью шейки матки, то увеличения паховых лимфатических узлов обыкновенно не наблюдается.

Первичный склероз слизистой оболочки влагалища отмечается редко, что, вероятно, обусловлено толщиной эпителиального покрова влагалища. Локализуется первичный склероз чаще в задней трети влагалища. Если поражается его нижняя треть, то, как правило, вскоре после заражения наблюдается паховый лимфаденит.

Отличить первичный склероз от обычной эрозии, особенно в начальных случаях, не всегда легко. Нужно иметь в виду, что границы банальной эрозии шейки матки обычно неправильны, поверхность ее в отличие от сифилитической не блестящая, а шероховатая, легко кровоточащая после небольшой травмы. Всегда, конечно, при диагнозе нужно принимать во внимание анамнез и наличие других проявлений сифилиса.

Розеола и папулы как на слизистой оболочке влагалища, так и на влагалищной части встречаются крайне редко.

Редко встречаются на влагалищной части и во влагалище сифилитические гуммы. Гуммозные узлы могут быть одиночными и множественными. Они быстро подвергаются размягчению, что определяется наличием флюктуации. После их распада образуются довольно глубокие и резко отграниченные язвы с подрытыми краями и сальным налетом на дне. После их излечения на слизистых оболочках остается плотный лучистый рубец.

При описанных выше поражениях диагноз должен быть подтвержден обнаружением спирохет в отделяемом из язвы или путем биопсии.

При каждом подозрении на сифилис необходимо производить реакцию Вассермана. Исчезновение поражений после специфиче-



ского противосифилитического лечения также является веским доказательством наличия сифилиса.

Сифилитические поражения внутренних половых органов диагностировать еще труднее, чем наружных.

Распознавание должно базироваться на данных подробного анамнеза, на наличии других проявлений сифилитической инфекции, на положительной реакции Вассермана.

Лечение сифилитических поражений женских половых органов должно проводиться в форме общего противосифилитического лечения.

Из местных средств рекомендуются спринцевания слабым раствором сулемы, а для более быстрого очищения сифилитических язв — тампоны с иодоформом и серой ртутной мазью.

## ПАРАЗИТЫ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

### Трихомонады

Из паразитов, которые могут вызвать те или иные заболевания женских половых органов, необходимо сказать о трихомонадах (*Trichomonas vaginalis* — простейшие из семейства жгутиковых) и глистах. Наиболее часто в гинекологической практике приходится встречаться с таким заболеванием, как *трихомонадный кольпит*, который вызывает жгутиковый паразит — трихомонада.

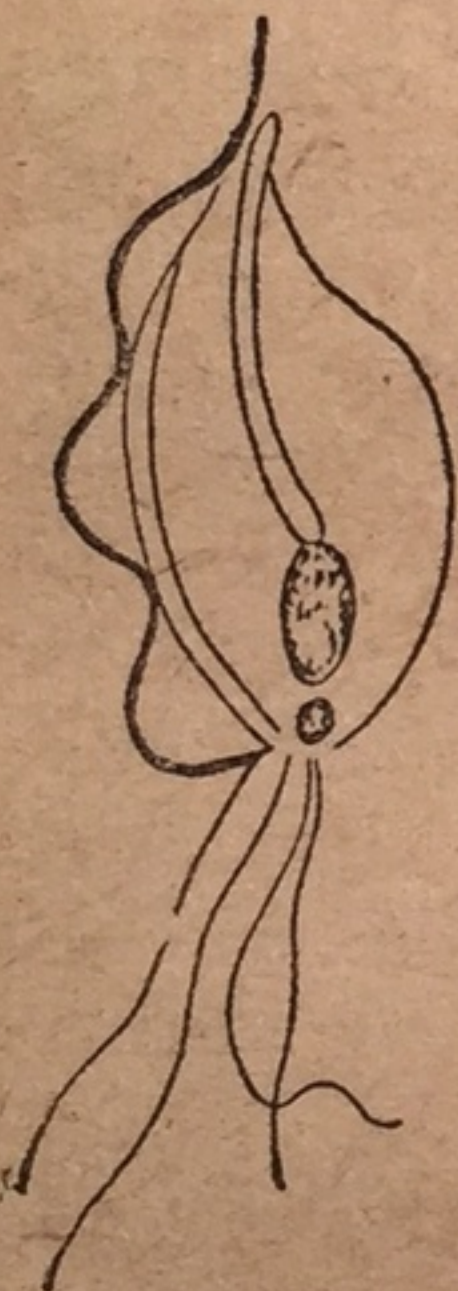


Рис. 79.  
*Trichomonas vaginalis*  
(схематический рисунок).

*Trichomonas vaginalis* встречаются во влагалищном секрете довольно часто. Для обнаружения их берут каплю влагалищных выделений и смешивают на предметном стекле с двумя каплями теплого физиологического раствора (температура 35—37°); каплю покрывают покровным стеклом и рассматривают под микроскопом. Трихомонады могут быть обнаружены в уретре, в выделениях из шейки матки, а также в протоках бартолиновых желез. Вид этого паразита представлен на рис. 79. Он имеет овальную форму, снабжен 3—5 жгутиками, движение которых также обычно удается видеть под микроскопом.

Толчком к развитию трихомонадного кольпита может быть ряд моментов.

Особое значение в развитии заболевания имеет несоблюдение правил личной гигиены, например спринцевание влагалища некипяченой водой, пользование непрокипяченными кончикниками. Трихомонады могут быть занесены во влагалище из прямой кишки, из мочевых путей. Заражение возможно также в банях и общих купальнях, если не соблюдается соответствующий санитарно-гигиенический режим. Заболевание иногда передается мужчинами, которые также могут быть носителями трихомонад, несмотря на то,



что отчетливо выраженные трихомонадные уретриты у них встречаются крайне редко. Наконец, не исключается возможность заражения трихомонадами женщин, приходящих в амбулатории и поликлиники, медицинским персоналом, не соблюдающим установленных правил асептики (употребление нестерилизованных инструментов, перчаток, предметов ухода).

Заболевание обычно возникает в первые 2 недели от начала заражения.

Характерными симптомами трихомонадного кольпита являются: обильные, слегка желтовато-зеленые выделения, часто пенистого вида, с неприятным запахом. Больные часто отмечают зуд и жжение во влагалище и на коже наружных половых органов. Нередко наблюдается затяжное течение кольпитов при наличии тягостных симптомов не только местного, но и общего характера (общее недомогание, потеря аппетита, плохой сон). Больные иногда находятся в угнетенном состоянии и жалуются на потерю трудоспособности.

При осмотре влагалища обнаруживается, что слизистая оболочка гиперемирована, отечна, иногда кровоточит даже при осторожном протирании марлевым шариком; вход во влагалище раздражен, болезнен. Окончательный диагноз устанавливается на основании микроскопического исследования выделений.

Трихомонадные поражения не всегда ограничиваются только влагалищем. Часто трихомонад при клиническом обследовании находят в цервикальном канале, реже в уретре. Иногда они проникают в полость матки, в фаллопиевы трубы, в мочевой пузырь, даже мочеточники, в прямую кишку.

Нужно иметь в виду, что трихомонадная инвазия иногда протекает без особо выраженных симптомов, но и в этих случаях она снижает защитные функции влагалищного секрета и благоприятствует развитию патогенных микробов (стрепто- и стафилококковой флоры, кишечной палочки, гонококка). Патогенной активности трихомонад могут способствовать присоединившиеся воспалительные процессы в тазовых органах, а также общие инфекции, снижающие сопротивляемость организма, как то: грипп, малярия, после родовые и послеабортные инфекционные процессы и т. п.

Лечение трихомонадных кольпитов должно включать как местное воздействие на трихомонад, так и на организм в целом для повышения его сопротивляемости.

Пока еще нет специфических лекарственных препаратов, которые бы приводили к гибели трихомонад, независимо от их местонахождения. Имеются только химические препараты, которые действуют губительно на трихомонады при непосредственном соприкосновении с ними. Поэтому, если имеется много очагов поражения трихомонадами, лечебными средствами необходимо воздействовать одновременно на все доступные места поражения — влагалище, цервикальный канал, уретру, прямую кишку.

Широко применяются протирания влагалища антисептическими растворами (сулема 1 : 1 000, 3% раствор перекиси водорода,



4% — люголевский раствор.) Осарсол с борной кислотой (по 0,25) распыляется по стенкам влагалища (2 раза в неделю).

При обнаружении трихомонад в прямой кишке рекомендуется назначать суппозитории, содержащие осарсол и борную кислоту по 0,25, которые вводят ежедневно после стула в течение 10 дней.

В настоящее время выпущен ряд химических препаратов против трихомонадной инвазии. Применяется аминоакрихин (в таблетках по 0,05 и 0,1 и в шариках по 0,05). Трихомонацид — производное стирилихинолина — выпускается в таблетках и применяется в такой же дозировке, как и аминоакрихин. Этот препарат менее токсичен, чем аминоакрихин. Помимо местного применения, эти препараты назначаются и внутрь. Применяется также с успехом антибиотик синтомицин.

Лечение упомянутыми выше препаратами проводится по следующей схеме.

Два-три раза в неделю таблетки одного из упомянутых препаратов вводятся в цервикальный канал в следующих дозах: аминоакрихин 0,05; синтомицин 0,25 — 0,5 или трихомонацид 0,05.

Одновременно один из этих препаратов назначается внутрь: аминоакрихин по 0,1, трихомонацид по 0,05—0,1, синтомицин по 0,5 в продолжение 3—5 дней по 1 таблетке 3 раза в день. Курс лечения — 2 недели. В те дни, когда введение препаратов в церви-

кальный канал не производится, больная сама вводит во влагалище шарики с аминоакрихином или трихомонацидом (0,05), или синтомицином (0,5).

Для смазываний слизистой оболочки прямой кишки применяется трихомонацид в 1% растворе. Можно пользоваться также суппозиториями с синтомицином. Аминоакрихин для ректального применения не подходит.

После первого курса рекомендуется лечение повторить после очередной менструации в течение одной недели.

В упорных случаях проводятся два повторных курса.

На весь период лечения половая жизнь воспрещается.

В тех случаях, когда лечение малоуспешно или болезнь рецидивирует, необходимо рекомендовать обследование мужа больной, привлекая для консультации в таких случаях врачей-урологов.



Рис. 80. Острицы.

а — натуральная величина; б — самка; в — самец.

### Острицы

Острица (рис. 80) относится к классу круглых червей и является кишечным паразитом, но при известных условиях может проникать и в половые органы. В кишечник она заносится с зараженной яйцами острицы пищей и живет преимущественно в толстых кишках; чаще



всего она встречается у детей. Так как самки часто выползают из прямой кишки, откладывая у отверстия заднего прохода яйца, то отсюда они легко могут попасть сначала на наружные половые органы, а затем благодаря своей подвижности переселиться во влагалище, матку, трубы и даже в область малого таза.

Острицы обычно не причиняют тяжелых расстройств, но вызывают сильный зуд в половых органах. Они ведут к раздражению, а иногда и воспалению как наружных половых органов, так и влагалища и являются в некоторых случаях причиной онанизма. Наличие остриц распознается легко и устанавливается обнаруживанием глистов или их яиц во влагалище и кишечнике.

Лечение должно заключаться в обмывании наружных половых частей, назначении дезинфицирующих спринцеваний. Одновременно необходимо соответствующее лечение, направленное к удалению глистов из кишечника: назначение сантонины и слабительных (касторовое масло).

Профилактика развития паразитарных заболеваний должна заключаться в тщательной чистоте содержания половых органов.

---



## Глава пятая

### БЕСПЛОДИЕ

Борьба с бесплодием является важной проблемой здравоохранения не только с точки зрения удовлетворения благородного стремления женщины к материнству, но и с точки зрения увеличения рождаемости.

Виновником бесплодного брака может быть как муж, так и жена, но, как показывают статистические данные, — чаще первый.

В большинстве случаев муж является неспособным к оплодотворению вследствие поражения половых желез в результате перенесенной гонорреи; в ряде случаев муж может являться косвенным виновником бесплодия, так как, оставаясь способным к оплодотворению, несмотря на перенесенную им гоноррею, он может заразить жену, которая вследствие этого становится бесплодной из-за стойких поражений половых органов.

Приблизительно только в одной трети случаев причина бесплодия бывает связана с теми или иными заболеваниями женского организма.

Отсюда понятно, насколько ошибочен укоренившийся взгляд, что причиной бесплодия является женщина, если мужчина способен к половому сношению. Поэтому не нужно смешивать способность к половой жизни со способностью к деторождению. Последняя со стороны мужа может быть нарушена на почве патологического состояния семени, которое заключается или в полном отсутствии семенных нитей — *азооспермия*, или в том, что их очень мало и подвижность их ничтожна — *олигоспермия*, или же они существуют, но подвижность их совершенно отсутствует — *некроспермия*, или, наконец, при сношении семя совершенно не извергается (*аспермия*).

Из только что сказанного вытекает и другое практическое правило, заключающееся в том, что прежде чем лечить женское бесплодие, необходимо подвергнуть тщательному обследованию мужа и только при отсутствии у него причин бесплодия искать их у жены.

Различают *первичное* бесплодие, т. е. такое, когда беременность по тем или иным причинам вообще не наступает, и *вторичное*, когда зачатие не наступает в течение определенного срока (в среднем 3—5 лет) после уже бывшей беременности.

Причины же  
К ним могут относиться  
1) аномалии развития  
2) различные инфекции  
сифилис);  
3) нервные и душевные  
4) недоедание и, в  
в период войны); авитаминоз  
5) вагинизм как препятствие  
Со стороны влагалища  
1) разрывы промежности  
они значительны и сперматозоиды  
2) заболевания влагалища  
секретцией (белями), не  
3) опухоли влагалища  
4) фистулы, как препятствие для поступления  
5) заращение девственной  
Со стороны матки  
1) катарры шейки  
2) заращение канала  
3) неправильное  
4) опухоли матки  
ные полипы;  
5) воспалительные  
Со стороны труб  
все воспалительные  
чаще всего причиной  
фекция.  
Со стороны яичников  
1) разрушение  
рых инфекций;  
2) воспалительные  
(мелкокистозное)  
3) опухоли яичников  
ткань, что чаще  
нии.  
Заболевания  
железа) могут служить  
или ведут к раку  
органов в частности  
Так, заболевания  
ведут к атрофии  
Бесплодие  
в матку. Роль  
бесплодие вызывается  
а при длительном



Причины женского бесплодия могут быть различны.  
К ним могут быть отнесены:

- 1) аномалии развития (в частности длинная коническая шейка);
- 2) различные истощающие заболевания (туберкулез, хлороз, сифилис);
- 3) нервные и душевные заболевания;
- 4) недоедание и, в частности, недостаток жиров (например, в период войн); авитаминозы;
- 5) вагинизм как препятствие к нормальному половому акту.

*Со стороны влагалища:*

- 1) разрывы промежности и опущения стенок влагалища, если они значительны и сперма не удерживается во влагалище;
- 2) заболевания влагалища, сопровождающиеся патологической секрецией (белями), неблагоприятно влияющей на жизнеспособность семенных нитей;
- 3) опухоли влагалища, если они создают механическое препятствие для поступления семени;
- 4) фистулы, как мочеполовые, так и каловые;
- 5) заращение девственной плевы и аплазия влагалища.

*Со стороны матки:*

- 1) катарры шейки матки;
- 2) заращение канала шейки матки;
- 3) неправильное положение матки;
- 4) опухоли матки (особенно подслизистые миомы), цервикальные полипы;
- 5) воспалительные заболевания матки (эндометрит, эндоцервицит).

*Со стороны труб:*

все воспалительные процессы, вызывающие их непроходимость; чаще всего причиной заращения труб является гонорройная инфекция.

*Со стороны яичников:*

- 1) разрушение фолликулярного аппарата как следствие острых инфекций;
- 2) воспалительные процессы, ведущие к стойким изменениям (мелкокистозное перерождение);
- 3) опухоли яичников, если только поражена вся яичниковая ткань, что чаще всего приходится наблюдать при раковом поражении.

Заболевания других эндокринных желез (гипофиз, щитовидная железа) могут служить или непосредственно причиной бесплодия, или ведут к различным видам недоразвития вообще и половых органов в частности.

Так, заболевание щитовидной железы (базедова болезнь) может вести к атрофии яичниковой ткани, а вслед за этим и к бесплодию.

Бесплодие может наступить также после впрыскиваний иода в матку. Роль их в бесплодии может быть двойной, а именно: или бесплодие вызывается тем, что иод угнетает функцию яичников, а при длительном употреблении вызывает, кроме того, атрофию



слизистой оболочки матки, или под влиянием этих впрыскиваний иод как сильный химический раздражитель вызывает сращивание эпителия труб и их последующее заращение. Кроме перечисленных причин, бесплодие может быть вызвано облучением рентгеновыми лучами, которое ведет к нарушению функции яичников и гибели яйцевых клеток.

Таким образом, из вышесказанного ясно, что бесплодие не является самостоятельным заболеванием, а лишь симптомом целого ряда заболеваний женщины.

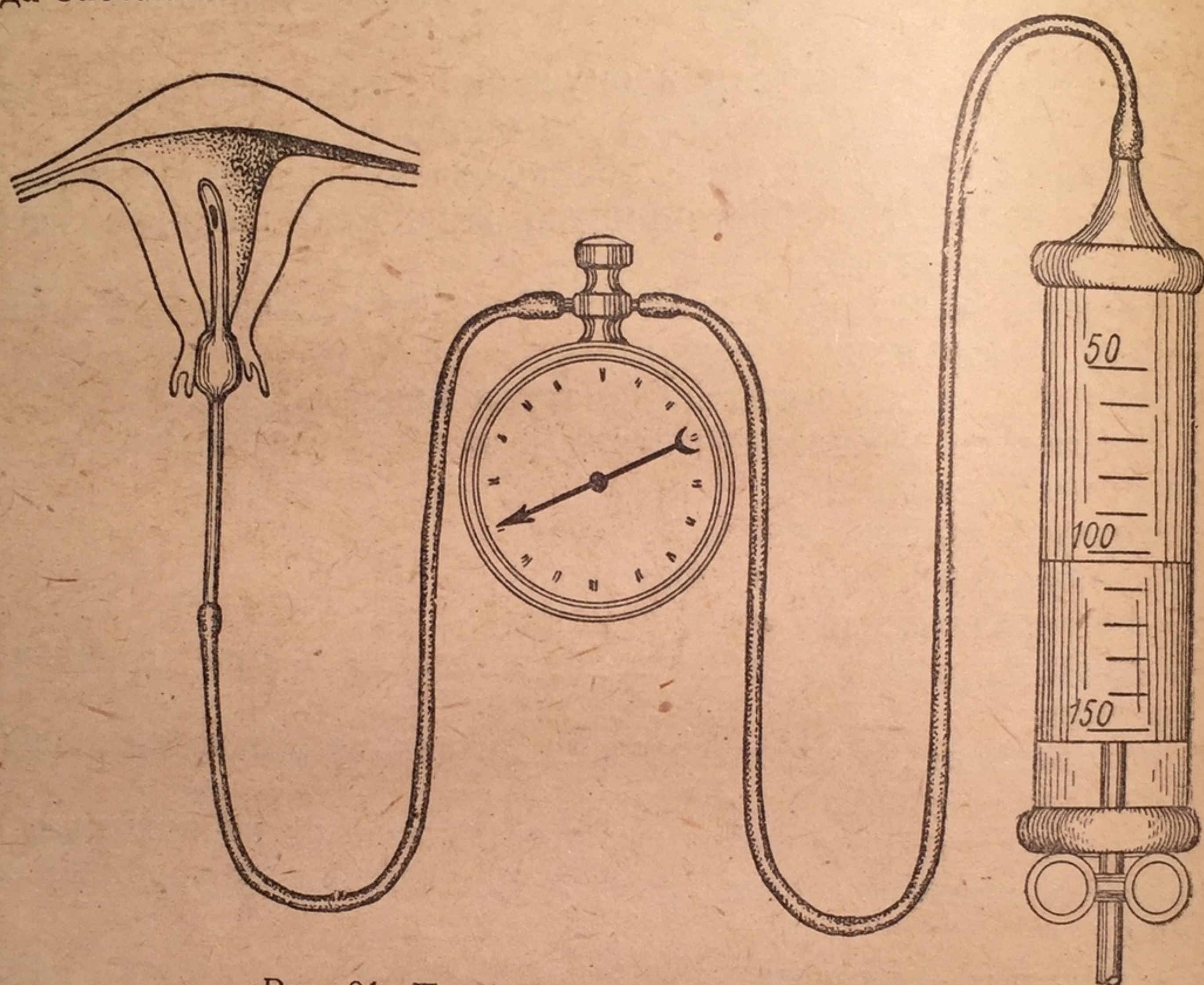


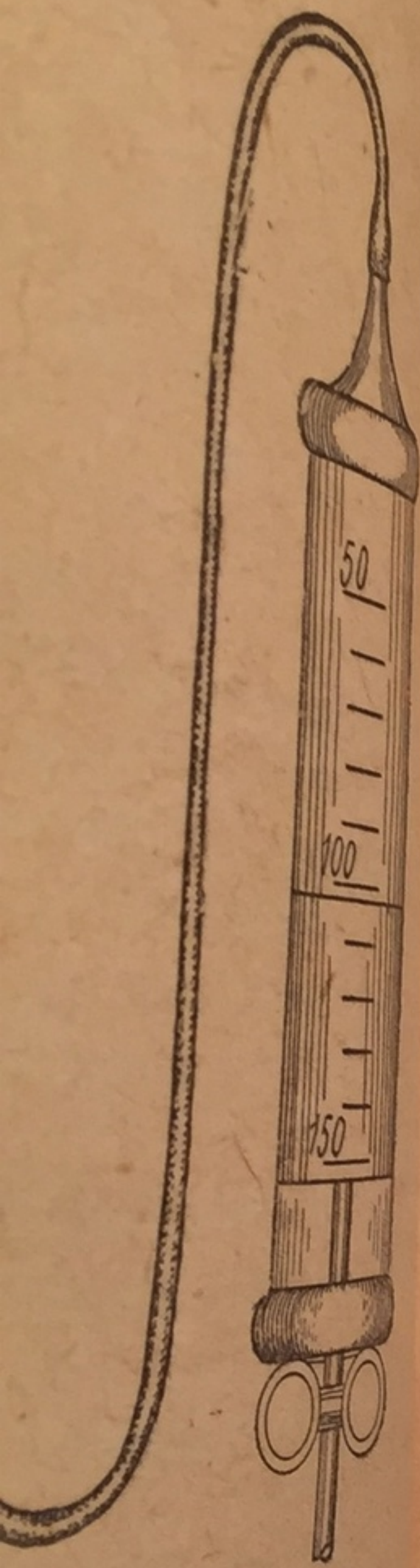
Рис. 81. Прибор для продувания труб.

Довольно распространено среди населения мнение, что позднее наступление или полное отсутствие оргазма у женщины может быть причиной бесплодия. Возможно, что мнение и не лишено основания, но известно, что беременность наблюдается и в этих условиях. Определение причины бесплодия сводится, следовательно, к установлению диагноза того заболевания, симптомом которого бесплодие является. То же следует сказать и относительно лечения, направленного к устранению основного страдания, вызвавшего бесплодие, по правилам, изложенным в соответствующих главах.

Необходимо остановиться на распознавании и лечении бесплодия, вызванного непроходимостью труб, так как в практике это заболевание довольно часто. Для распознавания непроходимости труб пользуются методом продувания труб. При помощи особых маточных наконечников, введенных в полость матки, обыкновен-



Кроме перечисленных функций яичников, что бесплодие не является лишь симптомом.



труб. мнение, что позднее у женщины может наблюдаться и в этих случаях, следовательно, и относительно страдания, вызванных в соответствующих и лечении бесплодия как в практике это при помощи особых матки, обыкновенно.

ным 200-граммовым шприцем туда нагнетается воздух, который, не имея обратного выхода, устремляется через трубы в брюшную полость. Нагнетание воздуха отражается на показаниях (рис. 81) включенного в цепь манометра (металлического или ртутного), а кроме того, прохождение воздуха по трубе может быть прослушано фонендоскопом, приложенным к брюшной стенке у внутреннего края пупартовой связки.

Другим способом диагностики непроходимости труб является *рентгенография*, заключающаяся в том, что после впрыскивания в полость матки различных веществ, задерживающих х-лучи (бромистые препараты или липиодол), делают рентгеновский снимок тазовых органов. Если трубы проходимы, то жидкость выполнит и просвет труб, который будет виден на снимке в виде черного контура. Если же трубы непроходимы, то на снимке просвет их будет отчетливо виден только до места непроходимости (рис. 82).

Что касается *лечения бесплодия*, то прежде всего необходимо произвести исследование спермы мужа, чтобы убедиться в том, что он не является причиной бесплодия.

Сперма может быть добыта путем применения кондома при половом сношении или собирается в небольшой стаканчик. Последний способ считается лучшим.

Больную, которая должна доставить сперму в лабораторию для исследования, следует проинструктировать, как это нужно правильно сделать. С вечера должен быть приготовлен небольшой стаканчик, который необходимо прокипятить и завернуть в чистый, проглаженный горячим утюгом носовой платок. Утром непосредственно перед отправкой спермы в лабораторию производится половой акт, при котором сперма выпускается в приготовленный стаканчик, который закрывается чистым проглаженным носовым платком, и во избежание охлаждения завертывается в вату или в теплый шерстяной платок. При переноске в лабораторию стаканчик со спермой, завернутый в вату, кладется или во внутренний карман пиджака или в подмышечную впадину. Это делается для того, чтобы доставить сперму по возможности в теплом виде.

Лечение непроходимости труб, если консервативные методы терапии в виде грязевого лечения не дают результатов, может быть и

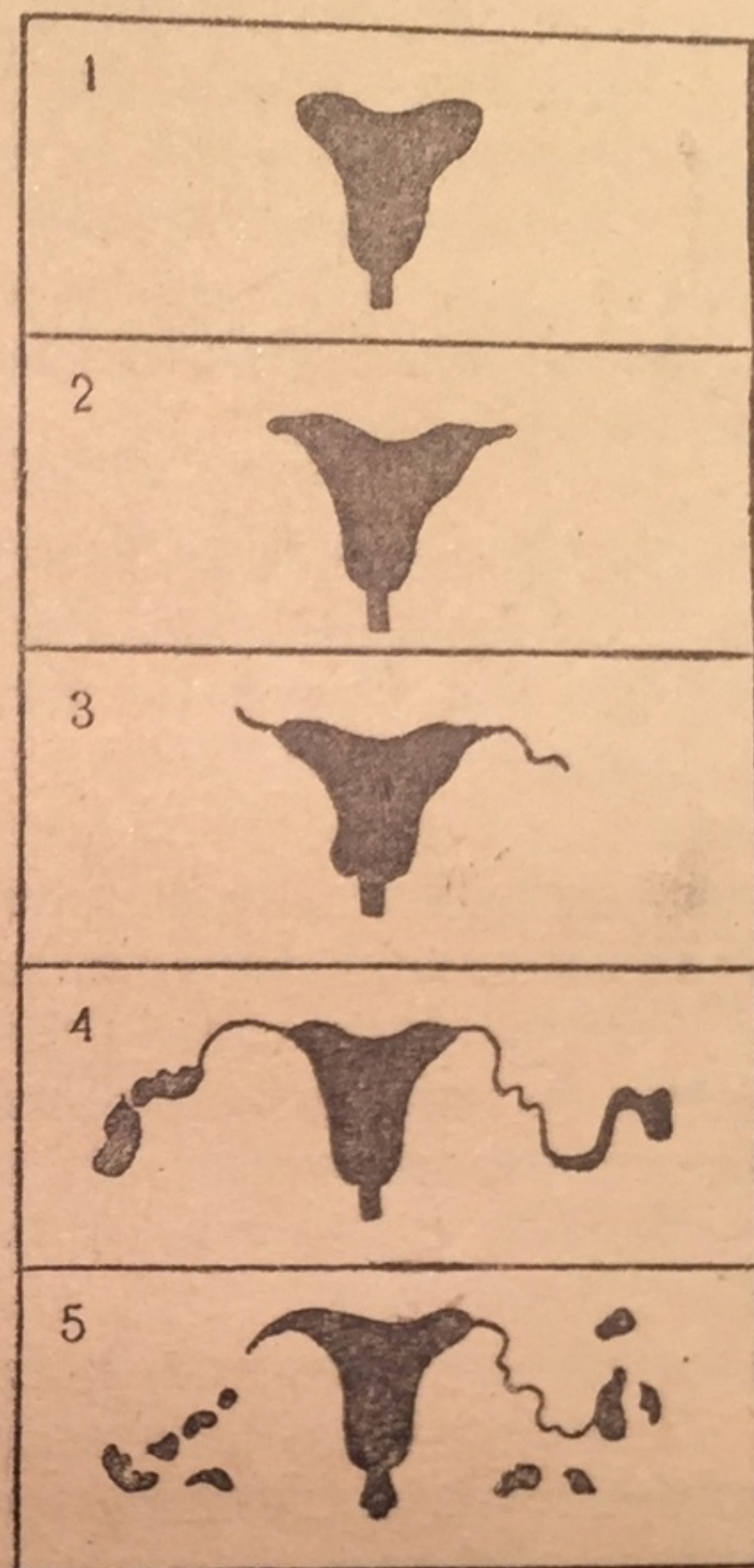


Рис. 82. Рентгенограммы при закупорке труб.

1 — полная непроходимость труб; 2 и 3 — заращение труб в pars isthmica; 4 — заращение ампулярного конца труб; 5 — трубы проходимы.



оперативным. При этом производят иссечение непроходимых участков трубы и пересадку труб в матку; если непроходимость труб обусловлена заращением абдоминального конца, запаянный конец трубы разрезается и края обшиваются, чтобы они вновь не спаялись.

Во всех случаях недоразвития и недостаточности функции показаны гормонотерапия, общеукрепляющее лечение, а также физические методы лечения (гидротерапия), гимнастика, спорт.

*Предсказание* при бесплодии является неблагоприятным, если оно обусловлено уродством или отсутствием важных половых органов (матки, влагалища). В остальных случаях лечение может иногда дать благоприятные результаты, даже если наступление беременности казалось совершенно невыносимым.

### Профилактика бесплодия женщины

Среди основных причин бесплодия первое место занимают воспалительные заболевания половых органов женщины, затем последствия аборта и, наконец, недоразвитие полового аппарата.

Профилактика бесплодия, обусловленного воспалительными заболеваниями половых органов, и в первую очередь гонореей, должна предусматривать активную борьбу с гонореей путем своевременного выявления этого заболевания и применения специфического лечения.

Отсюда вытекает чрезвычайная важность профилактических осмотров женского населения, которые помогают выявлению больных с различными заболеваниями и, в частности, с гонореей.

Борьба с абортom, пагубно влияющим на организм женщины, осуществляется у нас в СССР в общегосударственном масштабе и предусматривается постановлением правительства.

Значительные ассигнования на содержание учреждений охраны материнства и детства, учреждение ордена «Материнская слава», медали «Медаль материнства» и почетного звания «Мать-героиня» являются ярким свидетельством заботы партии и правительства о здоровье советской женщины и бесспорно способствуют значительному снижению числа абортom; поэтому имеются все основания к тому, что в ближайшие годы число женщин, страдающих бесплодием после абортom, значительно уменьшится.

Профилактика бесплодия, обусловленного недоразвитием половых органов, должна осуществляться путем систематического медицинского наблюдения за девочками школьного возраста в смысле соблюдения ими соответствующего гигиенического режима.

В случае необходимости применяются специальные методы лечения, как то: лечебная физкультура, гормонотерапия, физические методы лечения.

Для осуществления профилактики бесплодия большое значение имеет санитарное просвещение.

При проведении бесед необходимо разъяснять важность раннего обращения к врачу при бесплодии, необходимо освещать вопросы гигиены половой жизни, проводить разъяснительную работу о вреде абортom, о мерах предупреждения заболевания гонореей.

Опухолью называют ткань, которая образуется и строением и своим происхождением.

Истинная опухоль. Поэтому неправильное название только по своей природе, увеличению размеров, грануляционные гранулы, сифилис, туберкулез.

Необходимо проводить обследование, сопровождающееся обследованием. Иногда находят ткань того или иного происхождения. Развитие опухоли наблюдается при злокачественном течении.

В зависимости от течения при злокачественных заболеваниях.

Злокачественные опухоли.

1) в пролиферации здоровых тканей инфильтрируются.

2) дают метастазы.

3) неблагоприятное течение.

Однако не все не от а от различных раках питания, протекании, от длительности образований, к болезням и



## Глава шестая

### ОПУХОЛИ

Опухолью называется непрерывно и длительно разрастающаяся ткань, которая отличается от исходной ткани своим атипическим строением и своеобразием процессов обмена.

*Истинная опухоль всегда состоит из новообразованной ткани.* Поэтому неправильно называть опухолью всякие разрастания, только по своей форме похожие на опухоли. Нельзя, например, опухолью называть опухание ткани воспалительного происхождения, увеличение ткани или органов при их гипертрофии, инфекционные грануломы, наблюдаемые при таких заболеваниях, как сифилис, туберкулез и т. п.

Необходимо также отметить, что развитие опухоли не всегда сопровождается увеличением органа или тканей, которые она поражает. Иногда опухоль в процессе роста уничтожает основную ткань того или иного органа, что ведет к возникновению язвы. Развитие опухолевого процесса в *форме язвы* часто приходится наблюдать при опухолях женских половых органов, особенно при злокачественных опухолях матки, влагалища и вульвы.

В зависимости от морфологического строения и клинического течения принято различать опухоли доброкачественные и злокачественные.

Злокачественные новообразования (опухоли) характеризуются следующими особенностями:

- 1) в процессе своего развития они прорастают окружающие здоровые ткани и разрушают их (так называемый атипический, инфильтрирующий, деструктивный рост опухоли);
- 2) дают рецидивы и метастазы после удаления первичной опухоли;
- 3) неблагоприятно отражаются на общем состоянии и обмене веществ больной, вызывая нередко кахексию (истощение).

Однако нужно иметь в виду, что кахексия при раке зависит вовсе не от каких-то токсинов, выделяемых раковыми клетками, а от различных сопутствующих болезни осложнений. Так, при раках пищеварительного тракта кахексия наступает от расстройств питания, при раке других локализаций, например при раке матки, от длительных кровотечений и сопутствующей инфекции. Таким образом, кахексия не является обязательным спутником раковой болезни и не всегда наблюдается даже при запущенных формах



рака. Например, многие женщины, болеющие раком молочной железы, очень долго сохраняют цветущий вид, и только когда появляются боли вследствие прорастания или сдавления опухолью нервов, возникают метастазы (в легкие, в кости, в печень), происходит распад опухоли и всасывание продуктов этого распада, возникает кахексия.

Доброкачественные опухоли перечисленными выше признаками не обладают. Если они и ведут к тем или иным расстройствам, то последние обычно сводятся к чисто механическим моментам, как то: сдавление и смещение соседних органов, тканей и сосудов. Не нужно, однако, забывать, что некоторые доброкачественные опухоли также могут тяжело отражаться на общем состоянии и питании организма в силу вторично присоединяющихся причин, как, например, вторичные анемии на почве длительного кровотечения при фибромиомах. Доброкачественные опухоли по причинам, до сих пор нам не известным, могут превращаться в злокачественные — малигнизироваться.

Среди заболеваний женских половых органов наблюдаются такие, которые имитируют опухоли, не являясь по существу таковыми, а лишь имея с ними сходство по своей форме.

К таким опухолеподобным, или опухолевидным, образованиям относятся ретенционные кисты.

Как показывает само название (*retentio* — задерживаю), они образуются вследствие *задержки секретов тех или иных желез* или вследствие *скопления в замкнутых полостях патологических продуктов* (экссудатов, транссудатов, жидкой крови). Причиной образования ретенционных кист чаще всего является инфекция, которая ведет к закупорке выводных протоков желез и к воспалительным изменениям стенок образовавшихся полостей. Обычно ретенционные кисты растут медленно и сравнительно редко достигают больших размеров.

Описание упомянутых опухолевидных образований, ретенционных кист учащийся найдет при изложении различных локализаций опухолей женских половых органов.

### ПРЕДРАКОВЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

Многочисленные эксперименты на животных и повседневные клинические наблюдения за больными показывают, что возникновению и развитию рака обычно предшествует ряд длительно существующих патологических процессов, на фоне которых в конце концов и может возникнуть злокачественная опухоль. Патологические процессы, которые нередко предшествуют возникновению рака, получили название *предраковых заболеваний*.

Некоторые клиницисты и до настоящего времени оспаривают правильность этого термина.

Спорят о том, имеют ли предраковые заболевания морфологическую характеристику, правильно ли внедрять этот термин в прак-



тику с точки зрения развития канцерофобии и т. д. Однако споры эти в настоящее время имеют больше теоретический интерес. Для практики бесспорными являются следующие положения.

1. Заболевания, на фоне которых в ряде случаев развиваются злокачественные опухоли, действительно существуют.

2. Называя упомянутые заболевания предраковыми, мы, однако, не должны считать, что предраковые заболевания обязательно должны превращаться в злокачественные опухоли.

3. Своевременное и радикальное лечение так называемых предраковых заболеваний является реальной профилактикой рака.

Нужно иметь также в виду, что на фоне некоторых длительно существующих патологических процессов злокачественные опухоли возникают сравнительно часто, на фоне других — крайне редко. Например, лейкоплакия шейки матки и вульвы, папиллярные кисты яичников сравнительно часто превращаются в злокачественные опухоли (рак), а на фоне эндометриоза рак развивается исключительно редко.

Какие же заболевания женских половых органов следует отнести к так называемым предраковым заболеваниям и какова их клиническая картина?

Начнем с шейки матки, как наиболее частой локализации злокачественных опухолей женских половых органов.

К предраковым заболеваниям шейки матки должны быть отнесены все гиперпластические процессы шейки матки.

А. Д и с к е р а т о з ы ш е й к и м а т к и:

- 1) лейкоплакии,
- 2) папилломатоз (и полипоз),
- 3) эритроплакии.

Б. Ж е л е з и с т о - м ы ш е ч н ы е г и п е р п л а з и и ш е й к и м а т к и.

В рубрику железисто-мышечных гиперплазий мы относим папиллярную и фолликулярную эрозии, которые, кстати сказать, почти никогда не наблюдаются в чистых формах. Обычно встречаются смешанные формы, преимущественно с преобладанием папиллярных разрастаний или же мелкокистозных полостей. В эту же рубрику должны быть отнесены длительно существующие изъязвившиеся вывороты (эктропионы) шейки матки, возникающие на почве родовой травмы шейки матки. При перечисленных процессах часто не только нет дефекта покровного эпителия (т. е. эрозии), а, наоборот, в большинстве случаев имеется некоторый избыток ткани (гиперплазия слизистой оболочки и мышечной ткани нередко с явлениями отчетливой пролиферации).

Поэтому мы и считаем более правильным называть эти процессы железисто-мышечными (эпителиально-мышечными) гиперплазиями взамен несомненно устаревшего неправильного термина «эрозии», так как эти процессы к истинным эрозиям не имеют никакого отношения.



Механизм их возникновения также совершенно иной, чем банальных эрозий.

Как выше было сказано, развитию эпителиально (железисто)-мышечных гиперплазий прежде всего способствует родовая травма (разрывы шейки матки во время родов).

Разрывы шейки матки вызывают деформацию шейки (см. рис. 20—28), что ведет к нарушению нормальных физиологических условий.

При зиянии шеечного канала вследствие разрывов вывернутая слизистая оболочка шеечного канала попадает в иную, не обычную для нее в нормальных физиологических условиях среду. Как известно, в норме среда в канале шейки матки щелочная, а во влагалище — кислая. Кроме того, условия для проникновения в шеечные железы (при зиянии шеечного канала) банальной флоры, которая всегда в изобилии содержится во влагалище, становятся более благоприятными. Этому способствует не только то обстоятельство, что слизистая оболочка шеечного канала соприкасается непосредственно с влагалищными выделениями, но и отсутствие слизистой пробки, которая и механически, и вследствие своих бактерицидных свойств препятствует поступлению бактерий в шеечный канал.

Однако не только в этом сказывается влияние родовой травмы на функцию матки. Происходит, бесспорно, и нарушение иннервации травмированных участков, что также может способствовать развитию различных патологических процессов. Известен целый ряд «местных» хронических процессов, связанных с нарушением функции нервной системы. Установлено, что поражение периферических нервных рецепторов и проводящих нервных путей влечет за собой вялое течение язвенных и воспалительных процессов, затрудняет процессы регенерации тканей, иннервируемых данным участком нервной системы, а в некоторых случаях регенерация вовсе не наступает. Имеются и экспериментальные исследования, показывающие, что поражение различных участков нервной системы может предшествовать наступлению местных трофических расстройств в тканях.

Все упомянутые, правда далеко не исчерпывающие, исследования позволяют считать, что при возникновении гиперпластических процессов в шейке матки трофические расстройства в тканях в значительной степени обуславливаются поражением периферических нервных рецепторов и проводящих нервных путей, причем родовая травма шейки матки в развитии упомянутых функциональных нарушений играет, несомненно, значительную роль.

Клиническая картина упомянутых процессов характеризуется следующими особенностями.

Первая группа — дискератозы — характеризуется тем, что патологические изменения, как правило, наблюдаются только в слизистой оболочке, покрывающей влагалищную часть шейки матки, и проявляются утолщением (гипертрофией и гиперплазией) пре-



имущественно поверхностных слоев эпителия с большей или меньшей кератинизацией (ороговением).

При осмотре шейки матки с помощью зеркал при лейкоплакии (а равно и при аканто-папилломатозе) наблюдается следующее: слизистая оболочка шейки матки представляется утолщенной (иногда отечной), на поверхности ее обозначаются в большей или меньшей степени выраженные белесоватого цвета участки, иногда без ясных границ переходящие в нормальную слизистую; иногда же эти образования (при резко выраженных формах лейкоплакий) выступают на поверхности слизистой оболочки в виде белых бляшек с резко очерченными границами различной величины и формы.

Нередко в таких случаях больные отмечают повышенную секрецию из влагалища, причем выделения обычно имеют молочно-белый цвет.

Однако нужно иметь в виду, что характер выделений может быть весьма различен. Если присоединяются воспалительные процессы, выделения могут быть желтоватыми, зелеными — гнойными, а при появлении эскориаций и эрозированных участков — с примесью крови.

Если слизистую оболочку протирают ватным или марлевым шариком, то белесоватые участки и бляшки при этом снять не удастся. При более длительном наблюдении за такими больными можно убедиться в том, что отдельные белесоватые участки или мелкие белые бляшки сливаются и образуют более обширные участки поражения.

При папилломатозе и множественном полипозе (наиболее часто локализуемся в канале шейки матки, а при эктропионе — на поверхности выворота) слизистая оболочка — красноватого цвета, а поверхность — шагреневая с полипозными образованиями. При исследовании часто в таких случаях появляются кровянистые выделения.

При эритроплакиях, характеризующихся макроскопически, как известно, атрофией поверхностных слоев эпителия, наблюдается иная клиническая картина. Пораженные участки слизистой оболочки представляются бордовыми или темнокрасными на фоне нормальной слизистой оболочки. Такая окраска обусловлена тем, что через атрофированные поверхностные слои эпителия просвечивает сеть сосудов подэпителиального слоя. Нередко в таких случаях больные отмечают наличие жидких, желтоватого цвета клейких выделений.

Вышеописанные клинические картины, разумеется, можно рассматривать только как наиболее типичные схемы.

Нужно иметь в виду, что нередко присоединяющаяся в таких случаях банальная инфекция с явлениями кольпита смазывает эту типичную картину.

Консервативные методы лечения (антибиотики, антисептики), ликвидируя воспалительные процессы и связанные с ними наложения, не вызывают регресса основного процесса (дискератоза).



То обстоятельство, что так называемые предраковые заболевания не поддаются противовоспалительным методам лечения, должно всегда у клинициста вызывать подозрение. В таких случаях нужно, не увлекаясь консервативными мероприятиями, во-время произвести биопсию для выбора последующего радикального лечения.

Клиническая картина железисто-мышечных гиперплазий характеризуется следующими особенностями.

Прежде всего в таких случаях очень часто, даже почти как правило, приходится наблюдать анатомические деформации шейки матки.

Наблюдая за больными, направляемыми в онкологическую клинику с «подозрительными эрозиями», мы видим, что в большинстве случаев железисто-мышечные гиперплазии развиваются на фоне эктропиона шейки, возникающего на почве родовой травмы шейки матки.

Вся шейка или отдельные ее участки (передняя или задняя губа) представляются увеличенными (гипертрофированными), плотными на ощупь, слизистая оболочка также утолщена, иногда отчетливо видны складки слизистой оболочки канала шейки матки или папилломатозные разрастания. Иногда слизистая представляется отечной, блестящей на вид, иногда, наоборот, шероховатой. Часто местами видны дефекты покровного эпителия, но таковых может и не быть. Нередко отмечается избыток ткани в виде белесоватых участков различной величины и формы. Характер выделений может быть весьма различен. Чаще всего наблюдаются слизистые выделения, при наличии инфекции — слизисто-гнойные; если на поверхности вывернутой и гипертрофированной слизистой оболочки появляются эрозированные участки, к выделениям примешивается в больших или меньших количествах кровь, придавая им ту или иную окраску.

Как видно из вышеизложенного, особо характерных признаков, присущих только именно предраковым заболеваниям шейки матки, нет, однако совокупность ряда явлений всегда заставит опытного врача взять такую больную под наблюдение, чтобы подтвердить или исключить возникшее подозрение на характер процесса.

Во всех таких подозрительных случаях должна широко применяться биопсия.

Не требуя от патологоанатома диагноза «предрака», клиницист должен сопоставить свои наблюдения с характером морфологических изменений в тканях, дабы, не откладывая, выбрать радикальный метод лечения, если совокупность ряда признаков заставляет его склоняться к диагнозу предракового заболевания.

Мы разделяем точку зрения тех экспериментаторов — онкологов и патологоанатомов, которые считают, что предопухолевые процессы проходят определенные, морфологически доказуемые стадии развития, и если они не всегда переходят в рак, это не снимает с нас ответственности за своевременное и правильное лечение больной, страдающей хотя бы и факультативно предраковым заболеванием.



В отношении предраковых заболеваний тела матки нужно сказать, что по признанию большинства клиницистов к таковым должны быть отнесены железистые гиперплазии слизистой оболочки матки, аденоматозные полипы и полипоз. Угрожаемость в смысле перехода в рак этих процессов возрастает в постклимактерическом периоде.

Клинические проявления перечисленных заболеваний мало чем отличаются от симптомов при уже развившихся злокачественных опухолях.

Бели (слизистые, слизисто-гнойные, слизисто-кровянистые), ациклические кровотечения у менструирующих женщин и появления кровянистых выделений в том или ином виде после прекращения месячных — вот наиболее характерные симптомы как для предопухолевых процессов, так и для уже развившихся опухолей.

Во всех подобных случаях, в целях своевременной диагностики, обязательным является пробное выскабливание.

Особое место занимает заболевание, которое также должно трактоваться как предопухолевый процесс, возникающее иногда у молодых женщин чадородного возраста. Речь идет о пузырьном заносе. По литературным данным, развитию хорионэпителиомы в 45—50% случаев предшествует пузырьный занос. Женщины, у которых беременность закончилась пузырьным заносом, должны длительное время находиться под наблюдением, если даже нет угрожаемых симптомов (ациклические кровотечения, изменения со стороны придатков). Таким женщинам периодически должна производиться реакция с мочой (Ашгейм — Цондека) и в больших разведениях, что позволяет рано поставить диагноз хорионэпителиомы.

Бесспорно к предраковым заболеваниям должны быть отнесены, как уже указывалось, некоторые пролиферирующие кисты яичника. Наиболее часто злокачественному превращению подвергаются цилиоэпителиальные (папиллярные) кисты яичника, значительно реже — псевдомуцинозные и очень редко остальные опухолевые образования яичников.

Ряд патологоанатомов считает, что подавляющее большинство так называемых первичных карцином яичника — это озлокачествленные кисты яичников (преимущественно цилиоэпителиальные).

Симптоматология упомянутых кист бедна. Величина, форма, положение — весьма ненадежные признаки для диагностики. Легче поставить диагноз папиллярной кисты в том случае, если имеется прорастание капсулы с обсеменением брюшины.

Принимая во внимание, что распознать клинически папиллярную кисту трудно, тем более, что в начальных стадиях развития все кисты яичника протекают бессимптомно, нужно принять за правило, что всякая распознанная киста яичника подлежит оперативному удалению в целях предупреждения различных, могущих возникнуть осложнений, из которых главным является опасность злокачественного превращения.



Если развитие папиллярной кисты доходит до прорастания капсулы и обсеменения брюшины, то быстро появляются характерные симптомы злокачественной опухоли, развивающейся в брюшной полости (похудание, асцит, имплантация опухоли в дугласовом пространстве), несмотря на то, что гистологически процесс может оставаться доброкачественным.

В таких случаях для предупреждения дальнейшего развития опухоли и ее малигнизации показана после оперативного удаления кисты рентгенотерапия (облучение области таза).

Предраковыми заболеваниями вульвы могут являться, по существу говоря, все те процессы, которые описываются как предраковые заболевания кожи. Здесь также чаще всего приходится наблюдать гиперпластические процессы (лейкоплакии, гиперкератоз) и своеобразное заболевание, именуемое краурозом, характерным признаком которого является сморщивание тканей наружных половых органов. Упомянутые процессы встречаются преимущественно у пожилых женщин, редко в молодом возрасте.

Гиперкератоз и лейкоплакии бывают чаще ограниченными. Нередко наиболее выраженные лейкоплакии наблюдаются в области клитора, на малых губах, в области промежности и вокруг ануса. Иногда отдельные белесоватого цвета бляшки сливаются вместе, становятся обширнее и в конце концов покрывают всю вульву, которая нередко в таких случаях имеет вид смятого пергаментного листа и сухой блеск — характерные признаки для так называемого крауроза.

Ранним симптомом при этом заболевании является весьма интенсивный зуд в области вульвы.

Некоторые клиницисты не считают лейкоплакию вульвы самостоятельным заболеванием, а рассматривают ее как начальную стадию крауроза. Во всяком случае нужно иметь в виду, что нередко оба эти процесса наблюдаются одновременно.

У больных с карциномой вульвы очень часто можно обнаружить в окружности опухоли лейкоплакические участки. Реже карциномы развиваются на фоне крауроза.

Помимо перечисленных, хотя и не специфических, симптомов предраковых заболеваний нужно иметь в виду, что для предраковых заболеваний общими признаками являются: 1) длительное, хроническое течение заболевания, 2) известное постоянство при этом тех или иных симптомов, 3) стойкость этих заболеваний в отношении консервативных методов лечения, которые обычно мало эффективны, 4) иногда рецидивирование после оперативного иссечения, что чаще всего наблюдается при лейкоплакиях.

Выявление больных с предраковыми заболеваниями врачами-гинекологами на приемах в поликлиниках и женских консультациях, а также на профилактических осмотрах, своевременное и радикальное лечение таких больных являются реальной профилактикой рака.

В заключение считаем, что в заключение могут быть  
заболевания могут быть  
ряд ли целесообразно  
гих (помимо половых)  
осматривать у каждой  
профилактических осм  
мание, что у женщин  
опухолями — частое  
Всякое уплотнение  
холовое, должно рассм

Известно, что ча  
фиброаденоматозом,  
злокачественные опу  
Нередко приходи  
матки предопухолев  
шения таковой в зл  
тистических сводок,  
миомы и фибромиом  
данным, превращени  
отношении единица

Сочетание карци  
сравнительно редк  
с карциномой энд

Из сказанного  
матки является  
рака. Косвенным  
служит еще и то с  
суправагинально  
дается в средне

Все вышеизло  
тать фибромиом  
что в некоторых  
матки, мы должн  
миомами, находи  
Бурный рост  
должен расценив  
Общий вывод  
менная диагност  
ваний являются  
ствления этой пр  
ры населения.

По происхо  
яичника занима  
ваний. Объясня  
ника принимаю



В заключение считаем уместным напомнить, что предраковые заболевания могут локализоваться и в других органах. Разумеется, вряд ли целесообразно загружать гинеколога обследованием других (помимо половых) органов, но следует принять за правило осматривать у каждой гинекологической больной (а также при профилактических осмотрах) молочные железы, принимая во внимание, что у женщин поражение молочных желез злокачественными опухолями — частое явление.

Всякое уплотнение в молочной железе, диффузное или ограниченное, должно рассматриваться как подозрительное на предпухолевый процесс.

Известно, что чаще всего такого рода уплотнения являются фиброаденоматозом, на фоне которого не так редко развиваются злокачественные опухоли молочной железы (аденокарциномы).

Нередко приходится слышать вопрос, является ли фибромиома матки предпухолевым процессом (в смысле возможности превращения таковой в злокачественную опухоль). Правда, точных статистических сводок, говорящих о том, как часто малигнизируются миомы и фибромиомы, нет, но, судя по имеющимся литературным данным, превращение фибромиом в саркомы исчисляется в процентном отношении единицами, а малигнизация миом наблюдается еще реже.

Сочетание карциномы шейки матки с фибромиомой наблюдается сравнительно редко, при этом чаще бывает сочетание фибромиомы с карциномой эндометрия.

Из сказанного, таким образом, не следует, что фибромиома матки является заболеванием, предрасполагающим к развитию рака. Косвенным доказательством правильности такого вывода служит еще и то обстоятельство, что рак культи шейки матки после суправагинальной ампутации матки по поводу фибромиомы наблюдается в среднем в 1—1,5%.

Все вышеизложенное не дает, как нам кажется, оснований считать фибромиому матки предпухолевым процессом. Однако зная, что в некоторых случаях наблюдается малигнизация фибромиом матки, мы должны рекомендовать женщинам, страдающим фибромиомами, находиться под систематическим наблюдением врача.

Бурный рост фибромиом, особенно в период менопаузы, всегда должен расцениваться как предвестник возможной малигнизации.

Общий вывод из изложенного должен быть таков, что своевременная диагностика и рациональное лечение предраковых заболеваний являются реальной профилактикой рака, а методом осуществления этой профилактики — массовые профилактические осмотры населения.

### ОПУХОЛИ ЯИЧНИКА

По происхождению и разнообразию своего строения опухоли яичника занимают одно из первых мест среди других новообразований. Объясняется это, с одной стороны, тем, что в строении яичника принимают участие разнообразные ткани, а с другой стороны, —



тем, что в яичнике имеется всегда ряд рудиментарных (зачаточных) образований, оставшихся там со времени эмбрионального развития этого сложного органа. Относительно происхождения опухолей яичника, равно как и опухолей вообще, существуют различные предположения, но действительная причина их (этиология) до сих пор остается неизвестной. В настоящее время на основании накопленных фактов не вызывает сомнений давно высказанное предположение, что в возникновении и развитии опухолей яичника большую роль играют нарушения гормонального обмена в организме.

Получены определенные данные в отношении эпителиальных опухолей яичника. Установлено, что из всех первичных эпителиальных опухолей яичника примерно только одна десятая таковых происходит из тканевых элементов самого яичника, а остальные развиваются из гетеротопических (т. е. находящихся на необычном для них месте) зачатков других эпителиев, в норме яичнику не свойственных (мюллеровский эпителий, островки фимбрий фаллопиевых труб, эндометриозы, ткань коркового вещества надпочечника, гнезда эпидермального, плоского, эпителия и т. п.).

*Форма и величина* опухолей яичника весьма разнообразны и зависят как от строения, так и от характера роста опухоли.

Например, простые серозные однокамерные кисты редко достигают больших размеров, и, наоборот, все большие овариальные кисты яичника обычно состоят из нескольких камер. Однокамерные кисты обычно прощупываются в форме шаровидных опухолей тугоэластической консистенции, в то время как многокамерные кисты могут иметь различную консистенцию и неравномерное выпячивание отдельных камер, определяемых ощупыванием.

Большинство опухолей яичника имеет так называемую ножку опухоли, которая бывает различной толщины и длины. Ножка образуется за счет растянутых связок яичника (собственной связки яичника и воронко-тазовой) и фаллопиевой трубы, которая в таких случаях обычно распластана по поверхности опухоли.

Топография ножки опухоли представлена на рис. 83. Как видно на рисунке, снабжение опухоли кровью происходит по сосудам, проходящим в толще ножки опухоли.

Кроме таких подвижных опухолей на ножке, последние могут развиваться подобно ретенционным кистам — межсвязочно, между листками широкой связки, и являются мало или совершенно неподвижными. Такие межсвязочные кисты яичника, располагаясь сбоку от матки, смещают обыкновенно последнюю в противоположную сторону. Если же опухоль подвижна и располагается позади матки, в дугласовом пространстве, то матка смещается вперед к лонному сочленению (рис. 84).

Характер роста опухолей яичника зависит в основном от строения опухоли.

*Доброкачественные опухоли*, например фибромы, дермоиды, растут, как правило, медленно, редко достигая больших размеров, в то время как *злокачественные* развиваются чрезвычайно быстро,

прорастают капсулу  
полости.  
Одной из особен-  
ности из большого  
качественные кисты,  
яичника, в ряде слу-  
чаев в злока-



Рис. 83. Топография  
ножки яич-

1 — собственная связка  
12 — тазо-воронковая  
маточная артерия; 4 и 11  
5 и 10 — маточная ар-  
терия; 7 и 12 —

Ввиду большого  
предпринимали  
кацию. Наиболе  
ложенная в сво  
деление опухо  
2) соединитель  
вания.

В настояще  
особую групп  
опухоли.

Каждая из  
и злокачестве  
опухолей яич-



прорастают капсулу и дают обширную диссеминацию по брюшной полости.

Одной из особенностей опухолей яичника является наличие среди них большого количества кистозных образований. Доброкачественные кисты, составляя большую часть всех опухолей яичника, в ряде случаев под влиянием неизвестных причин превращаются в злокачественные. Таким образом, эпителиальные доброкачественные опухоли яичника дают и наибольшее число случаев рака этого органа.

Кистомы яичника по своему строению чаще всего бывают многокамерными. Одиночные большие кисты встречаются сравнительно редко.

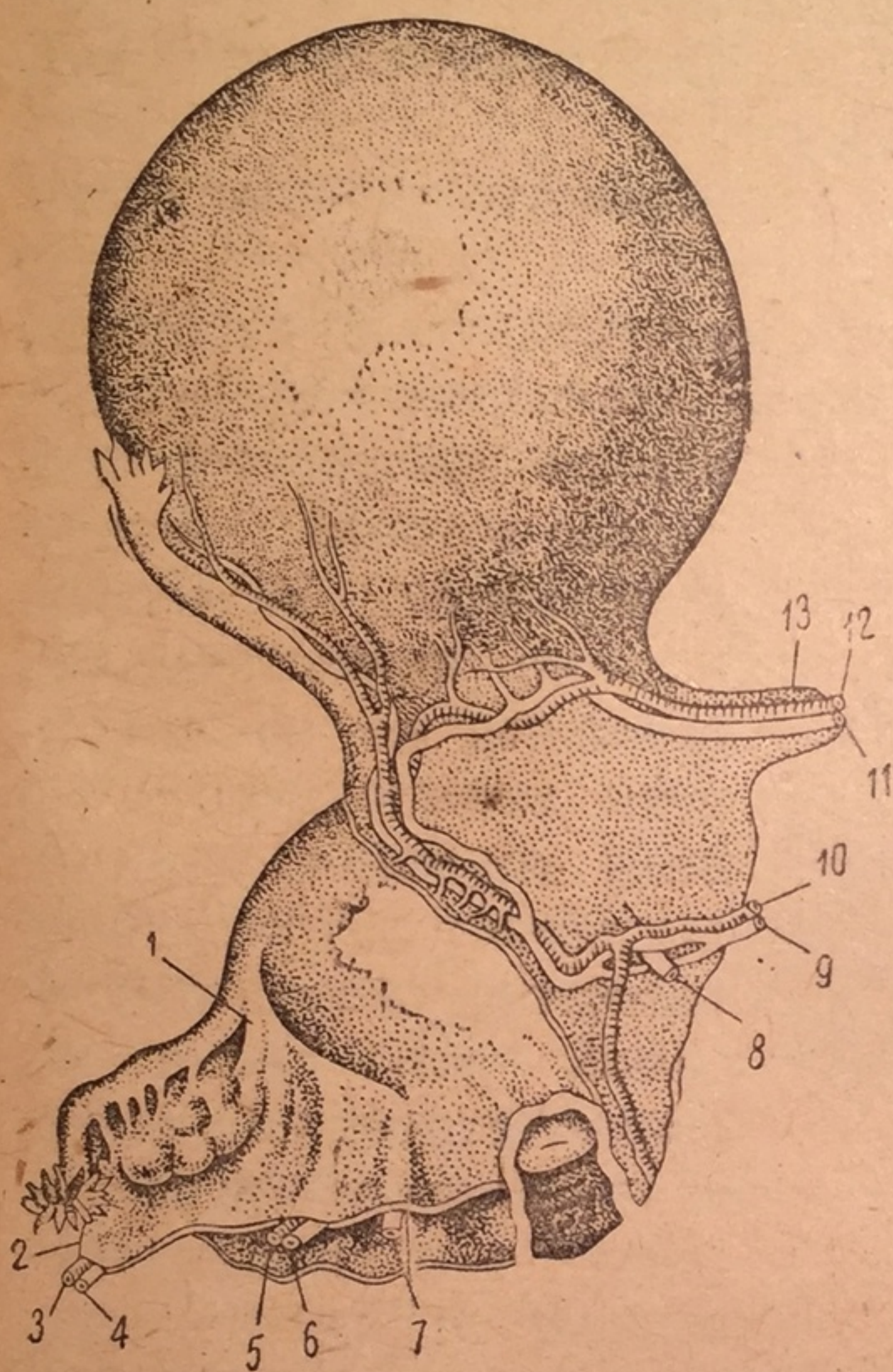


Рис. 83. Топография ножки опухоли яичника.

1 — собственная связка яичника; 2 и 13 — тазо-воронковая связка; 3 и 12 — семенная артерия; 4 и 11 — семенная вена; 5 и 10 — маточная артерия; 6 и 9 — маточная вена; 7 и 8 — мочеточник.

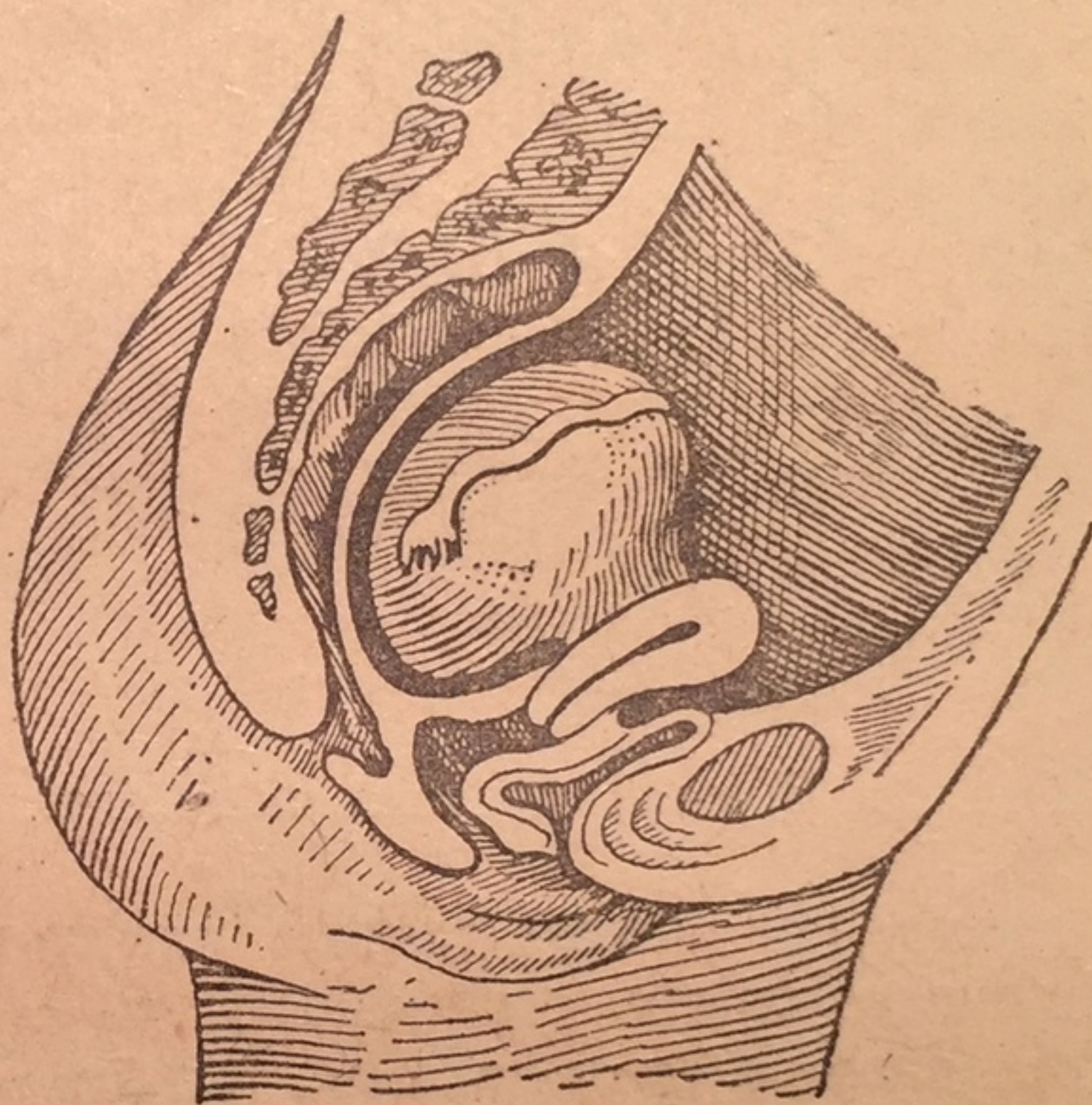


Рис. 84. Киста яичника, расположенная в дугласовом пространстве. Матка смещена к лонному сочленению.

Ввиду большого разнообразия опухолей яичника неоднократно предпринимались попытки разработать их рациональную классификацию. Наиболее распространенной является классификация, предложенная в свое время Пфанненштилем, которая предусматривает деление опухолей яичника на 3 группы: 1) эпителиальные опухоли, 2) соединительнотканые опухоли и 3) тератоидные новообразования.

В настоящее время большинство авторов выделяет еще особую группу опухолей яичников — гормонопродуцирующие опухоли.

Каждая из этих групп включает как доброкачественные, так и злокачественные опухоли. Несмотря на то, что классификация опухолей яичника Пфанненштиля имеет ряд недостатков хотя бы



уже по одному тому, что в упомянутые 3 группы невозможно уложить все разнообразие опухолей яичника, тем не менее для практических целей она приемлема, так как основные и наиболее часто встречающиеся опухоли яичника ею предусматриваются.

### Эпителиальные опухоли яичника

В эту группу должны быть отнесены прежде всего кистозные опухоли яичников, которые делятся на две основные формы — серозные кисты и псевдомуцинозные.

Кистозные опухоли яичников бывают доброкачественные и злокачественные.

Серозные кисты яичников получили свое название по характеру их содержимого, так как они наполнены серозным содержимым

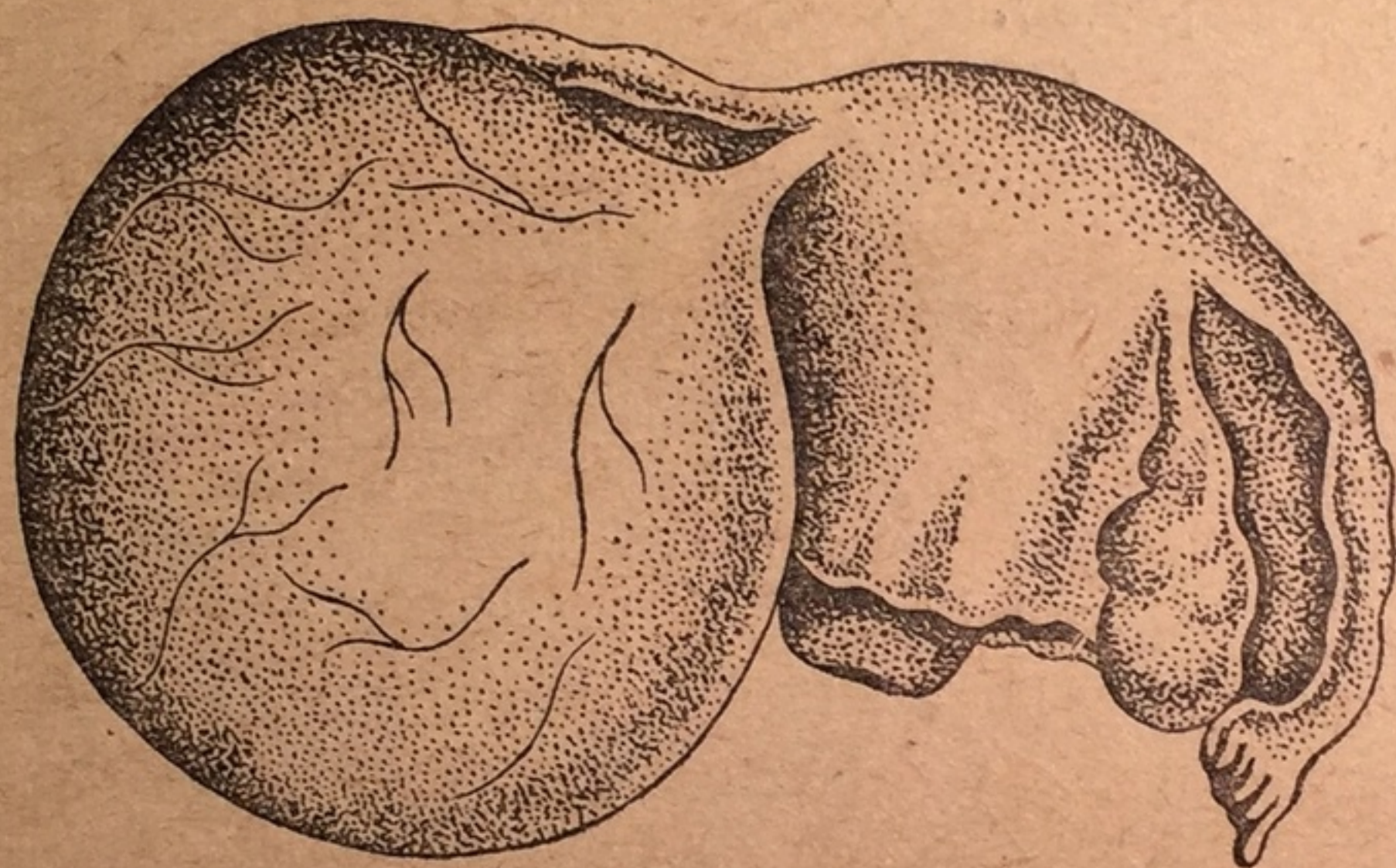


Рис. 85. Простая серозная киста яичника.

в виде прозрачной желтовато-зеленой опалесцирующей жидкости. Однако правильнее их называть не по характеру содержимого, а по виду эпителия, который выстилает внутреннюю поверхность кисты. Эпителий этих кист по своему строению является мюллеровским эпителием, т. е. цилиндрическим с ресничками.

Поэтому правильно данные кисты называть цилиоэпителиальными (цилио означает ресничный), т. е. выстланными цилиндрическим эпителием с ресничками. Таким же эпителием выстланы слизистые оболочки цервикального канала, тела матки и фаллопиевых труб.

Этот вид эпителия, как известно, является секреторным (сецернирующим).

В зависимости от того, в каком функциональном состоянии находится эпителий кисты, она принимает тот или иной вид.

Если эпителий, выстилающий кисту, не столько разрастается, сколько сецернирует, то серозное содержимое кисты быстро нарастает, и под влиянием увеличивающегося давления жидкости кубический эпителий кисты сначала уплощается, а затем исчезает совершенно. Образуется так называемая простая серозная киста с тонкой полупрозрачной стенкой без какой-либо выстилки (рис. 85). Размеры этих кист весьма различны; больших размеров они обычно не достигают.

Если же эпителий кисты не столько сецернирует, сколько разрастается, то на стенках кисты появляются одиночные или множественные очаги пролиферации, имеющие вид нежных ветвящихся

папилл (сосочков).  
ных (сосочковых).  
Внутренняя пов  
многочисленными,  
цветную капусту  
В других же случ  
на стенке кисты и  
ножкой. Мюллер  
чается большим р  
логические детали  
нают структуры  
ного, то маточного  
ного эпителия в р  
стадиях его фун  
ного состояния.

В ряде случа  
лий папиллярно  
усиленно проли  
тогда сосочков  
стания не тольк  
няют полость ки  
выходят на п  
кисты, прораста  
лу, и обсеменяю  
или меньшую ча  
ной полости.

Не будучи са  
злокачественной  
такая пролиф  
папиллярная к  
ся, несомненно  
вым процессом  
таких случаях  
ской пролифера  
ных полостями  
качественная п  
опухоль (рак)  
типа.

Клинически  
возникает име  
ника, а не яв  
диагноз котор  
Это обстоя  
как открывае  
ника путем с  
бессимптомно  
Псевдому  
кистозных о  
6 А. И.



папилл (сосочков). Отсюда эти кисты получили название папиллярных (сосочковых), пролиферирующих (рис. 86).

Внутренняя поверхность серозных (папиллярных) кист покрыта многочисленными, иногда сильно разросшимися, похожими на цветную капусту сосочками, заполняющими всю полость кисты. В других же случаях имеется только два-три выроста, сидящих на стенке кисты и соединенных с ней тонкой соединительнотканной ножкой. Мюллеровский эпителий, покрывающий сосочки, отличается большим разнообразием. Величина, форма и другие цито-



Рис. 86. Серозная киста. Сосочковые эпителиальные разрастания, которые проросли капсулу опухоли.

В ряде случаев эпителий папиллярной кисты усиленно пролиферирует, тогда сосочковые разрастания не только заполняют полость кисты, но и выходят на поверхность кисты, прорастая ее капсулу, и обсеменяют большую или меньшую часть брюшной полости.

Не будучи сама по себе злокачественной опухолью, такая пролиферирующая папиллярная киста является, несомненно, предраковым процессом. Нередко в таких случаях оживленная пролиферация сменяется атипической пролиферацией эпителия в виде массивных или пронизанных полостями тяжёлых опухолевых клеток. В результате доброкачественная папиллярная киста превращается в злокачественную опухоль (рак) солидно-аденоматозного или солидно-папиллярного типа.

Клинический опыт показывает, что чаще всего рак яичника возникает именно путем озлокачествления папиллярных кист яичника, а не является так называемым первичным раком яичника, диагноз которого часто ставится неправильно.

Это обстоятельство имеет большое практическое значение, так как открывает возможность предупреждения развития рака яичника путем своевременного удаления каждой обнаруженной, даже бессимптомной, опухоли яичника.

Псевдомуцинозные кисты составляют вторую по частоте группу кистозных опухолей яичников.



Эпителий, выстилающий стенки псевдомуцинозных кист, обладает сходством с эпителием, покрывающим слизистую оболочку канала шейки матки или, по мнению других, с эпителием кишечника. И тот и другой вид эпителия, как известно, слизеобразующие. Типичной особенностью эпителия псевдомуцинозных кист также является слизеобразование (продукция псевдомуцина).

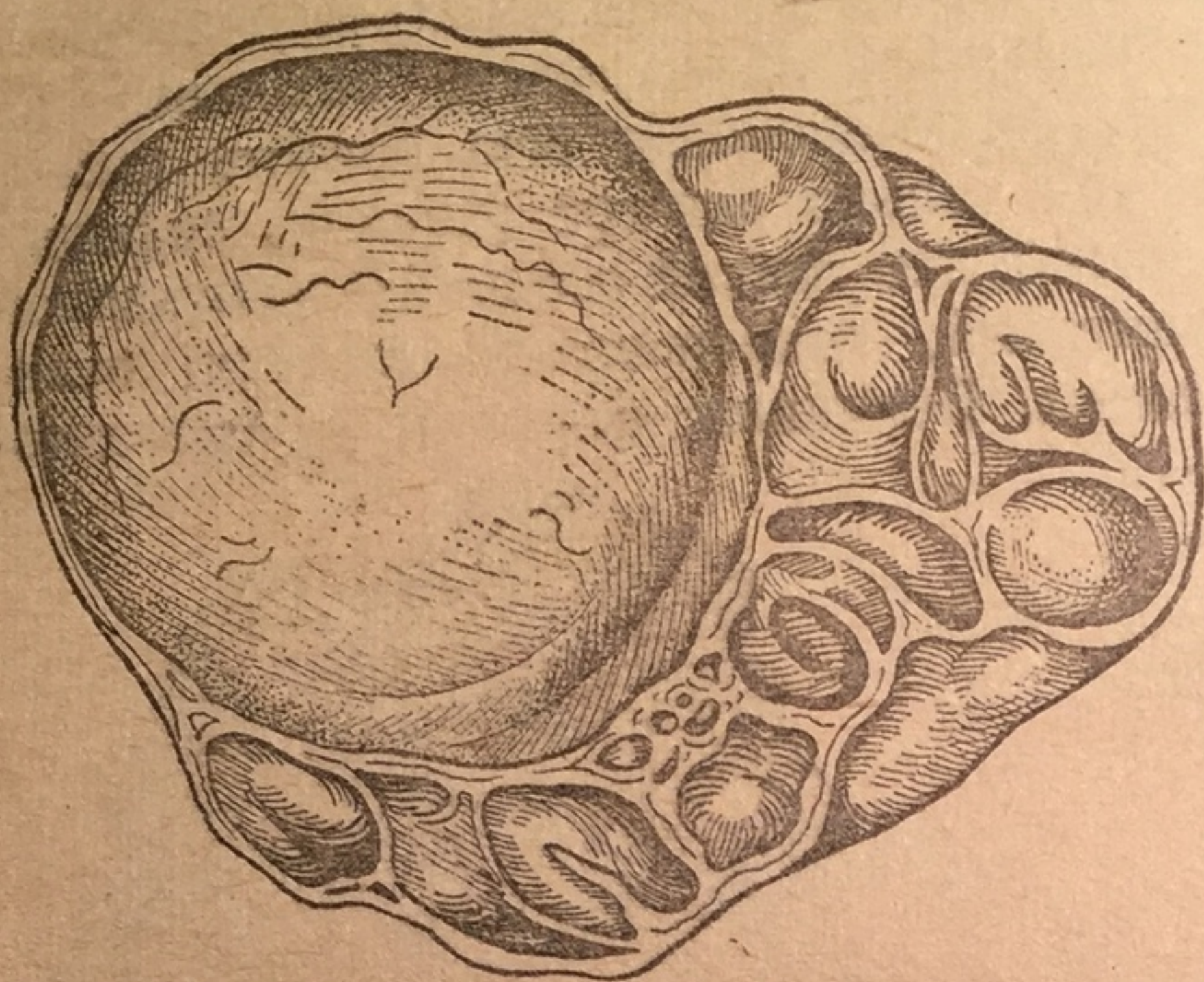


Рис. 87. Псевдомуцинозная киста в разрезе.

Псевдомуцин легко обнаруживается при окраске гистологического препарата муцикармином. В этой группе опухолей также различают псевдомуцинозные сецернирующие кисты и пролиферирующие.

И те и другие в отличие от папиллярных кист чаще бывают многокамерными (рис. 87).

На фоне пролиферирующих псевдомуцинозных кист также может развиваться рак яичника, хотя и реже, чем на фоне папиллярных кист.

### Соединительнотканые опухоли яичника

**Фиброма яичника.** Хотя и принято определять фиброму яичника как опухоль, возникающую из соединительной ткани этого органа, тем не менее необходимо отметить, что соединительная ткань яичника резко отличается от таковой других органов, так как при некоторых патологических процессах она, подвергаясь пролиферации, может явиться источником возникновения опухоли, именуемой *текомой*, которая продуцирует эстрогенный гормон. Фиброма яичника по своему гистологическому строению сходна с текомой, но отличается от нее тем, что не продуцирует эстрогенный гормон.

Встречается фиброма яичника сравнительно редко, но часто наблюдается она в сочетании с фибромиомой матки.

Фиброма яичника микроскопически состоит из соединительнотканых клеток и из идущих в различных направлениях соединительнотканых волокон с небольшим количеством тонкостенных сосудов. Из клинических симптомов заслуживает внимания асцит, который при фибромах яичника встречается в 40—50%. Описаны случаи, когда асцит сопровождался гидотораксом, а также отеками конечностей, брюшной стенки и больших половых губ. Подобные явления наблюдались даже при незначительных по величине фиб-

ромах яичника. Причиной до сих пор не выяснено. Саркома яичника после исследования опухоли микроскопически клеток и ядер и нали

### Тератоидные

До последнего времени порок развития, основанное считать, происхождения являющегося тератомом.

Большинство тератомов или иных органов. Тератомы являются дермоиды (кожевик).

Дермоиды относительно частым новообразованием являются примерно в яичника. В строении принимают участие в листка, однако в которых предст

или даже один за Они имеют вид г опухолей, медле

длинной ножке, и часто располагаются в маточном пространстве. может быть различна, она обычно не бо

званная дермоидная мешка, выполненная жидкой температурой. Стенка дермоида

эпителием, кроме опухоли имеет вид того, который вы

держимом дермоидом, а микроструктура может быть (рис. 88), а также и потовыми желе

Злокачественные, однако такие случаи клеточные ра



ромах яичника. Причины возникновения асцита и отеков остаются до сих пор не выясненными.

*Саркома яичника* встречается крайне редко. Диагноз, как правило, ставится после операции на основании гистологического исследования опухоли.

Микроскопически саркомы характеризуются полиморфизмом клеток и ядер и наличием большого количества митозов.

### Тератоидные новообразования яичников (тератомы)

До последнего времени считалось, что тератомы — эмбриональный порок развития, однако исследования последних лет дают основание считать, что наиболее вероятным источником их происхождения являются элементы половых желез — половые клетки.

Большинство тератом состоит из зрелых тканей и частей тех или иных органов. Наиболее типичными представителями зрелых тератом являются так называемые *дермоиды* (кожевики).

Дермоиды относятся к доброкачественным новообразованиям и встречаются примерно в 10% всех опухолей яичника. В строении их обычно принимают участие все три зародышевых листка, однако бывают дермоиды, в которых представлены только два или даже один зародышевый листок. Они имеют вид гладких шаровидных опухолей, медленно растущих, на длинной ножке, хорошо подвижных и часто располагающихся в пузырно-маточном пространстве. Величина их может быть различной, но в среднем она обычно не больше кулака. Разрезанная дермоидная киста имеет вид

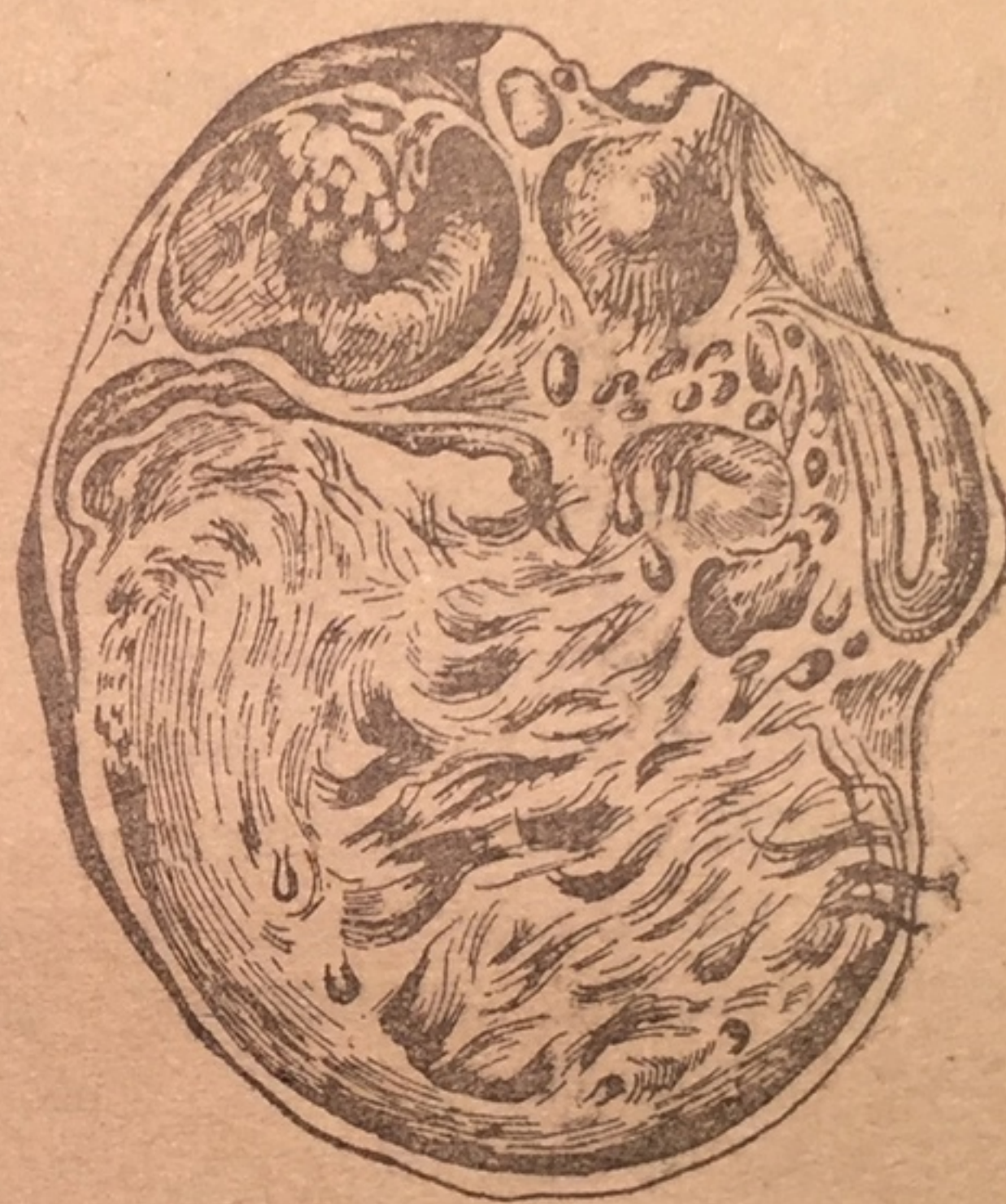


Рис. 88. Дермоидная киста в разрезе.

мешка, выполненного жидким содержимым, застывающим при комнатной температуре и образующим жироподобную массу (сало). Стенка дермоида изнутри выстлана цилиндрическим или кубическим эпителием, кроме небольшого ограниченного участка, где стенка опухоли имеет вид выступающего в просвет кисты бугорка, покрытого кожей, выстланной многослойным плоским эпителием. В содержимом дермоида часто находят вполне развитые волосы, отходящие от вышеупомянутого бугорка, в то время как в толще самого бугорка могут быть обнаружены костные пластинки, зубы, хрящ (рис. 88), а микроскопически удастся увидеть части кожи с сальными и потовыми железами, иногда нервную ткань, ткань желез и др. Злокачественная опухоль на фоне дермоида возникает редко, однако такие случаи наблюдаются. Чаще всего развиваются плоскоклеточные раки.



Тератобластома яичников относится к злокачественным новообразованиям. В отличие от зрелых тератом (дермоидов) они состоят из разнообразных клеток, зачатков всех трех зародышевых листков, беспорядочно разбросанных. Принадлежность этих клеток к какому-либо определенному типу ткани выяснить обычно невозможно.

Формы тератобластом различны (круглая, овальная, бугристая). Обычно они больших размеров (с голову ребенка), на разрезе ткань их напоминает мозговидную, иногда же они имеют кистозное строение.

Тератобластомы быстро растут, после удаления часто рецидивируют. Метастазируют по лимфатическим и кровеносным сосудам; нередко наблюдается обсеменение брюшины. Тератобластомы особенно часто встречаются в детском и девичьем возрасте или у молодых женщин, в возрасте 20—30 лет.

Прогноз при тератобластомах всегда плохой.

Дисгерминома, одна из разновидностей тератоидных опухолей, в большинстве случаев является злокачественной. Однако своевременное удаление опухоли, особенно у девочек, в ряде случаев заканчивалось полным выздоровлением.

По гистологическому строению дисгерминома — точная копия опухоли, развивающейся у мужчин, — семиномы яичка. Опухоль состоит из крупных клеток с большим ядром и светлой цитоплазмой, развивается она обычно в одном яичнике.

Дисгерминома чаще, чем другие опухоли яичников, возникает у женщин молодого возраста (до 20—30 лет). У больных с дисгерминомой часто наблюдаются гипоплазия половых органов и недоразвитие вторичных половых признаков (позднее наступление менструаций, аменоррея, недоразвитие молочных желез и наружных половых органов, отсутствие волос на лобке и подмышками), а также признаки псевдогермафродитизма. После удаления опухоли признаки инфантилизма исчезают. Биологическая проба Ашгейма — Цондека часто у таких больных бывает положительной, что указывает на повышенное выделение с мочой гонадотропного гипофизарного гормона.

Дисгерминомы относятся к опухолям, высоко чувствительным к рентгеновским лучам.

### Гормонопродуцирующие опухоли яичников

Глава о гормонально активных опухолях яичника является сравнительно новой.

Наши старые представления о происхождении этих опухолей из эмбриональных остатков или в результате пороков развития организма должны быть пересмотрены.

Большинство теперь считает, что основную роль в возникновении и развитии такого рода опухолей играет нарушение гормонального баланса организма, регулируемого, как известно, централь-

ной нервной системы  
играет нарушение  
Эндокринные  
пы: 1) феминизир  
отнесены грануло  
рующие (омужеств  
феминизирующие  
(женский половой  
ской половой

Фе

Гранулознокле  
туре характер  
с гранулозными  
Строение т

фолликуломы  
фолликулов я

По гистолог

но в отличие

Резкую гра

провести, так

часто комбин

По статист

чаются не бол

встречаются е

расте.

У детей и

возрасте, сим

холью, бывае

еще менструи

Главнейшей

редко предше

Развитие

дается обычн

временным ра

нов, появле

нистыми выде

преждевремен

характера.

Нужно пом

может быть н

вития), что е

ни при внут

Развитие

маточными к

повышением

на себя вни



ной нервной системой. В частности, немалую роль, повидимому, играет нарушение функции гипофиза.

Эндокринные опухоли яичников делятся на две основные группы: 1) феминизирующие (оженствляющие), к которым должны быть отнесены гранулозо- и текаклеточные опухоли, и 2) маскулинизирующие (омужествляющие), к которым относятся арренобластомы.

Феминизирующие опухоли продуцируют эстрогенный гормон (женский половой гормон), маскулинизирующие — андроген (мужской половой гормон).

### Ф е м и н и з и р у ю щ и е о п у х о л и

*Гранулозоклеточная опухоль*, или *фолликулома*, по своей структуре характеризуется наличием клеток, обладающих сходством с гранулозными клетками фолликулов яичника.

Строение *текаклеточной опухоли*, или *текомы*, в отличие от фолликуломы характеризуется наличием клеток текального слоя фолликулов яичника.

По гистологической картине текомы близки к фибромам яичника, но в отличие от последних обладают гормональными свойствами.

Резкую грань между фолликуломой и текомой не всегда удается провести, так как клеточные структуры обеих названных опухолей часто комбинируются в одной и той же опухоли.

По статистическим данным, гранулозоклеточные опухоли встречаются не более чем в 1% всех опухолей яичника, а текаклеточные встречаются еще реже. И те и другие наблюдаются в любом возрасте.

У детей и у больных, находящихся в постклимактерическом возрасте, симптомы, обусловленные гормонопродуцирующей опухолью, бывают выражены особенно резко, в то время как у женщин, еще менструирующих, эти симптомы обычно выражены неотчетливо. Главнейшей из этих симптомов является метроррагия, которой нередко предшествует довольно продолжительная (до года) аменоррея.

Развитие эстрогенпродуцирующих опухолей у детей сопровождается обычно рядом характерных симптомов, как то: преждевременным развитием молочных желез и наружных половых органов, появлением растительности на лобке и, как правило, кровянистыми выделениями из матки, которые в отличие от симптома преждевременного полового созревания не имеют циклического характера.

Нужно помнить, что при наличии упомянутых симптомов опухоль может быть настолько мала (во всяком случае в начале своего развития), что ее не удастся прощупать ни через брюшную стенку, ни при внутреннем бимануальном исследовании.

Развитие опухоли у старух также обычно сопровождается маточными кровотечениями, нагрубением молочных желез, а иногда повышением *libido*. При исследовании таких больных обращает на себя внимание «сочный» вид эпителия вульвы и влагалища



в отличие от «сухого» эпителия, который, как правило, наблюдается у женщин в постменопаузе. При исследовании влагалищных мазков у таких больных обнаруживаются в больших количествах ороговевающие клетки, как это имеет место у менструирующих женщин.

Если у этих больных производится пробное выскабливание, то, как правило, при гистологическом исследовании соскоба обнаруживается гиперплазия эндометрия.

Мы описали типичные симптомы для феминизирующих опухолей; однако эти симптомы при наличии опухоли могут быть выражены очень слабо или даже совсем отсутствовать.

У менструирующих женщин развитие опухоли нередко сопровождается нарушениями менструального цикла, которые проявляются весьма различно — то ациклическими кровотечениями, то аменореей. Часто отмечаются и изменения со стороны молочных желез (увеличение, нагрубание).

Как правило, при феминизирующих опухолях яичника наблюдается повышенное содержание эстрогенов в крови и в моче, в кале и в экстрактах самой опухоли, дающих положительную реакцию *Ашгейма — Цондека*. Названная реакция должна производиться периодически и у леченых больных с целью своевременного обнаружения рецидивов опухоли.

Фолликуломы обычно бывают односторонними. Небольшие опухоли имеют обычно гладкую капсулу. Размер опухолей резко варьирует — от нескольких сантиметров в диаметре до огромных опухолевых разрастаний, занимающих весь малый таз и часть брюшной полости.

Текомы также, как правило, односторонни, величина и форма их подобно фолликуломам, различна; консистенция обычно плотная, эластичная, кистозные формы наблюдаются редко. При разрезе ткань текомы похожа на фиброму, с той только разницей, что текомы обычно имеют желтый или оранжево-желтый оттенок, а не сероватый, как фибромы.

Вопрос о том, насколько часто происходит озлокачествление фолликулом и теком, остается пока открытым. Малигнизация фолликулом наблюдается чаще, чем теком, которые считаются доброкачественными новообразованиями.

### М а с к у л и н и з и р у ю щ и е о п у х о л и

*Арренобластома* встречается весьма редко. Она характеризуется тем, что клетки ее продуцируют гормоны, которые обладают дефеминизирующими и маскулинизирующими свойствами.

Термин «дефеминизирующий» означает «ведущий к утрате признаков женственности», а термин «маскулинизирующий» — «приобретение признаков, свойственных мужскому организму». Большинство клиницистов к признакам дефеминизации относят аменоррею, гипоплазию молочных желез, изменение очертаний тела



в сторону мужского типа, главным образом за счет исчезновения подкожножировой клетчатки.

К маскулинизирующим признакам относят: увеличение волосистости тела и распределение ее по мужскому типу (рост усов, бороды), огрубение голоса и увеличение клитора, атрофия молочных желез. Иногда наблюдается облысение, нередко на теле появляются аспе; часто больные отмечают понижение или отсутствие libido. После удаления опухоли отмеченные выше симптомы арренобластомы исчезают и больная снова приобретает женский облик. Нужно иметь в виду, что сходные симптомы наблюдаются при опухолях, исходящих из коры надпочечника.

Большинство клиницистов считает арренобластомы доброкачественными новообразованиями.

Абсолютное большинство описанных в литературе арренобластом были односторонними, имели форму одиночных узлов различного размера и конфигурации, чаще солидного строения. При описании окраски опухоли многие отмечают желтоватую ее окраску.

### Симптоматология и течение опухолей яичника

Хотя при описании отдельных форм опухолей яичника мы и отмечали наиболее характерные их признаки и вызываемые ими симптомы, тем не менее следует еще раз вернуться к этому вопросу, чтобы разобрать симптомы, которые могут быть присущи опухолям яичника, если при этом возникают те или иные осложнения.

Опухоли яичников, не сопровождающиеся какими-либо осложнениями, обычно долго ничем себя не проявляют и часто обнаруживаются случайно при осмотре женщины, обращающейся к врачу по какому-либо другому поводу, например для определения срока беременности. Только в том случае, если опухоль достигает больших размеров или выходит за пределы малого таза, она начинает давать симптомы или обнаруживается самой больной при ощупывании живота в связи с его увеличением. Возникновение тех или иных симптомов зависит от местоположения опухоли. Так, например, если опухоль располагается в толще широкой связки, она может вызывать боли вследствие растяжения листков брюшины или сдавления нервных окончаний. При наличии большой кисты или сращениями могут появиться расстройства мочеиспускания и деятельности кишечника, кроме того, венозные застои в нижних конечностях, отеки и т. п.

Менструальная функция при опухолях яичника, за исключением гормоноактивных, обычно не нарушена и, почти как правило, остается нормальной при доброкачественных опухолях (особенно односторонних), а также в тех случаях, когда остается не вовлеченным в процесс хотя бы небольшой участок яичниковой ткани. При злокачественных опухолях менструальная функция почти всегда нарушена и обычно отсутствует.



Слизистое содержи-  
мых размеров, е-  
держимым кисть-  
полости. Эти к-  
полости (на при-  
кишок, на сал-  
и заполняет в  
в 1—2 см и  
пластину. Петл-  
слизью, которая  
зований. При  
шины часто о-  
прорастание  
сосочковых р-  
брюшной пол-  
жейке).

Серьезней  
их злокачествен  
редко бывает  
своего возник  
венного превр  
(псевдомуцино  
или развивае  
ческим путем  
яичника в бо  
очередь быстр  
брюшину, сал

В диагно-  
нальное исс-  
опухоли соз-  
исследования,  
дугласова про-  
ков. Особенно з-  
ные опухоли я-  
всего имплант-  
Доброкачес-  
сторонни и не-  
сбоку от матк-  
Дермоиды и  
холи яичника  
лигаментарно),  
Из всех опу-  
чаще всего на-  
Форма опу-  
серозные и па-

и па



Слизистое содержимое брюшной полости достигает иногда огромных размеров, если, наряду с излившимся в брюшную полость содержимым кисты, туда попадают и клетки, выстилающие кистозные полости (на пристеночной и висцеральной брюшине, на брыжейке кишок, на сальнике), продолжают продуцировать слизь, которая и заполняет всю брюшную полость, покрывая брюшину слоем пластины. Петли кишок в таких случаях также бывают окутаны слизью, которая часто инкапсулируется в виде полипозных образований. При пальпации живота больной с псевдомиксомой брюшины часто ощущается рукой своеобразный «хруст». Разрыв (или прорастание стенки) папиллярной кисты ведет к диссеминации сосочковых разрастаний по брюшине и по поверхности органов брюшной полости (чаще всего на брюшине петель кишок и брыжейке).

Серьезнейшим осложнением при опухолях яичника является их злокачественное превращение. Рак яичника сравнительно редко бывает первичным, т. е. злокачественной опухолью с момента своего возникновения; обычно он является результатом злокачественного превращения тех или иных доброкачественных опухолей (псевдомуцинозных и сосочковых кистоадеом или дермоидов) или развивается путем переноса из других органов по лимфатическим путям (чаще всего из желудочно-кишечного тракта). Рак яичника в большинстве случаев бывает двусторонним и в свою очередь быстро дает метастазы в близлежащую клетчатку таза, брюшину, сальник и забрюшинные лимфатические узлы.

### Диагностика опухолей яичника

В диагностике опухолей яичника главную роль играет бимануальное исследование. Более отчетливое впечатление о характере опухоли создается при влагалищно-ректально-брюшностеночном исследовании, что позволяет более детально обследовать состояние дугласова пространства, где часто располагаются опухоли яичников. Особенно этот метод необходим при подозрении на злокачественные опухоли яичников, метастазы которых, как правило, прежде всего имплантируются на брюшине дугласова пространства.

Доброкачественные опухоли яичников, особенно если они односторонни и не достигают большой величины, часто располагаются сбоку от матки.

Дермоиды часто располагаются спереди от матки. Иногда опухоли яичника находятся в толще широкой связки матки (интралигаментарно), подвижность их в таких случаях резко ограничена. Из всех опухолей яичника интралигаментарное расположение чаще всего наблюдается при папиллярных кистах.

Форма опухолей яичника бывает весьма различной. Простые серозные и папиллярные кисты обычно имеют круглую или оваль-



ную форму. Поверхность их гладкая, консистенция тугоэластическая. Часто они имеют длинную ножку, что обуславливает их хорошую подвижность.

Псевдомуцинозные кисты обычно многокамерные, вследствие чего поверхность их при исследовании представляется бугристой с отдельными шаровидными выступами; часто достигают больших размеров. Асцит при псевдомуцинозных кистах наблюдается редко, в то время как при папиллярных кистах асцит — частое явление, даже в тех случаях, когда они не малигнизованы. Асцит также часто наблюдается при фибромах яичника. Последние плотны на ощупь и иногда принимаются за фиброзные субсерозные узлы на ножке, исходящие из тела матки.

Если вследствие своей большой величины киста яичника выходит из пределов малого таза, располагаясь в большом тазе или даже в брюшной полости, то она также может быть смешана с опухолями матки (миомами); переполненный мочевой пузырь также может быть ошибочно принят за опухоль, поэтому он всегда перед исследованием должен быть опорожнен. Отличительными признаками кист яичника от опухолей матки служат: 1) эластическая консистенция опухоли; 2) ровная и гладкая поверхность; 3) свободная подвижность опухоли во все стороны, не вызывающая одновременно перемещения шейки; 4) шаровидная форма опухоли (для простых серозных кист).

При диагностике опухолей яичника нужно иметь в виду следующие признаки, указывающие на их злокачественность.

*А. Местные признаки:* 1) рак яичника в большинстве случаев бывает двусторонним; 2) метастазы в дугласовом пространстве, которые легко определяются при внутреннем двуручном исследовании; 3) метастазы в пупке, в сальнике и по брюшине (определяемые при операции); 4) асцит (особенно кровянистый), при папиллярных кистах яичника иногда одновременно наблюдается гидротеракс; 5) консистенция злокачественных опухолей чаще всего бывает плотной, поверхность опухоли — неровной, бугристой; 6) неподвижность опухоли при наличии других признаков злокачественности отмечается обычно в запущенных случаях при прорастании опухолью окружающих тканей и органов.

*Б. Из общих признаков могут* наблюдаться исхудание, общая слабость, отеки. Однако эти признаки встречаются обычно в запущенных стадиях. Наконец, чрезвычайно важное значение имеет быстрый рост опухоли, характерный для злокачественных опухолей. Чаще всего злокачественному превращению подвергаются папиллярные кисты яичника, значительно реже псевдомуцинозные.

В зависимости от распространенности при опухолях яичника различают 4 стадии опухолевого процесса.

*I стадия.* Опухоль в пределах одного яичника без метастазов.

*II стадия.* Опухоль вышла за пределы яичника, поражая второй яичник, матку или трубы.



*III стадия.* Опухоль распространилась на париетальную та-  
зовую брюшину. Метастазы — в регионарные лимфатические узлы,  
в сальник. Асцит.

*IV стадия.* Опухоль вовлекает соседние органы: мочевой пузырь  
или прямую кишку, петли кишок с диссеминацией по брюшине  
за пределами малого таза или метастазы в отдаленные органы.  
Асцит. Истощение.

В яичнике довольно часто развиваются метастазы из опухолей  
других органов. Чаще всего приходится наблюдать метастазы из  
опухолей желудочно-кишечного тракта — так называемую опухоль  
Крукенберга, которая развивается обычно в обоих яичниках и ха-  
рактеризуется своеобразным строением. Клетки этой опухоли от-  
личаются значительной величиной, светлой протоплазмой, полу-  
лунным ядром, отодвинутым к периферии, что придает клеткам  
опухоли характерный вид так называемых перстневидных. Эти  
клетки обладают выраженной функцией слизиобразования, при-  
сущей эпителиальным клеткам желудочно-кишечного тракта. Ме-  
тастазы в яичник из опухолей брюшной полости переносятся глав-  
ным образом лимфогенным путем и лишь в некоторых случаях  
путем имплантации отторгнувшихся опухолевых клеток на поверх-  
ность яичника. Метастазы опухолей других органов, например  
рака молочной и щитовидной желез, бронхов, кожи, саркомы  
костей и мягких тканей, переносятся чаще гематогенным путем.

Кроме описанных, кистозные образования могут развиваться не из  
яичника, а из так называемого параовариума, являющегося эмбрио-  
нальным остатком вольфова тела и вольфова канала, которые в виде  
системы канальцев располагаются между листками широкой связки.

Эти рудиментарные образования покрыты внутри кубическим,  
а местами цилиндрическим (с ресничками) эпителием и служат  
источником образования так называемых параовариальных кист.  
Эти кисты имеют обычно шаровидную форму, располагаются меж-  
связочно (между листками широкой связки), содержимое их водя-  
нистое (псевдомуцина не содержит), больших размеров не достигают.

Диагноз параовариальной кисты устанавливается обычно после  
операции, так как путем бимануального исследования отличить  
ее от кисты яичника обычно не удастся.

Помня, что злокачественные опухоли яичника нередко бывают  
метастатическими, при обнаружении опухоли яичника необходимо  
обследовать больную с целью исключения опухолей в других местах  
и в первую очередь исследовать желудочно-кишечный тракт (с при-  
менением метода рентгеноскопии).

### Лечение опухолей яичника

Имея в виду перечисленные осложнения, а особенно возмож-  
ность злокачественного превращения доброкачественных опухолей  
яичников, необходимо в каждом случае при обнаружении опухоли  
рекомендовать оперативное ее удаление. Только строго придержи-



баясь такого правила, можно рано обнаружить злокачественную опухоль яичника или предупредить возможность перехода доброкачественного процесса в злокачественный.

Лечение злокачественных опухолей обычно проводится комбинированно — сначала опухоль удаляется оперативно, а затем производится облучение рентгеновскими лучами. Одна лучевая терапия, особенно в неоперабельных случаях, как правило, не дает положительного результата.

В последние годы лечение злокачественных опухолей яичника комбинируется с гормонотерапией (применяется мужской половой гормон — андроген).

## ОПУХОЛИ МАТКИ

### Фибромиомы

Фибромиомы представляют собой опухоли смешанного строения, состоящие из переплетающихся между собой пучков *гладких мышц*

*и волокнистой соединительной ткани*. В том случае, если в опухоли преобладают мышечные элементы, опухоль будет называться миомой, если соединительнотканые — *фибромой*. Капсула фибромиом содержит обыкновенно обильно развитую сеть кровеносных сосудов. Большей частью эти опухоли развиваются и исходят из матки, но встречаются и в других отделах полового аппарата (влагалище, связки матки, трубы, мочевого пузыря).

Этиология фибромиом до настоящего времени окончательно не установлена, однако клинические и экспериментальные исследования дают достаточные основания к предположению, что в развитии фибромиом важную роль играют нарушения гормонального характера, в смысле повышенной про-

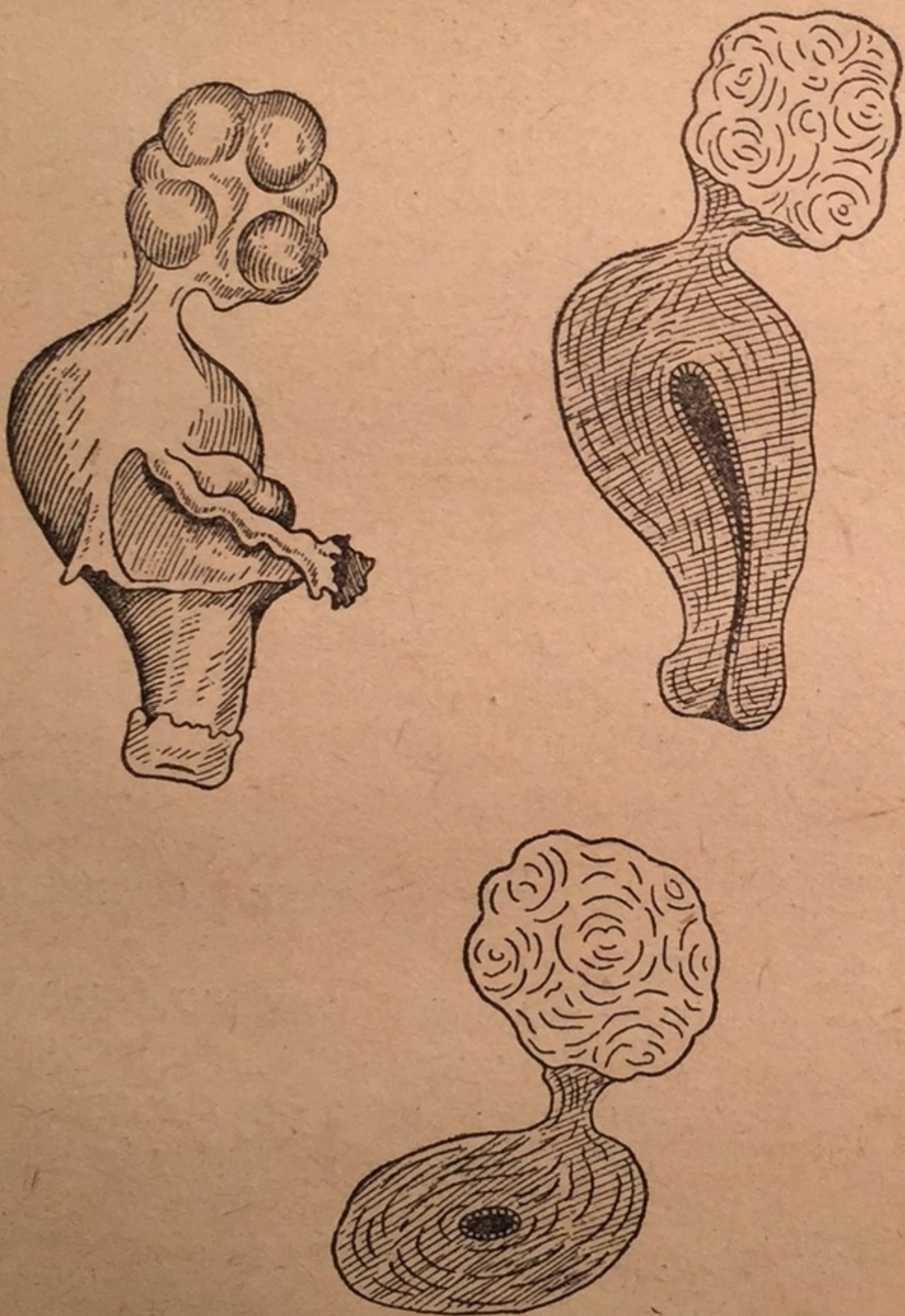


Рис. 89. Субсерозная (подбрюшинная) фибромиома матки. Справа и внизу опухоль на разрезе.

исходящие в организме женщины, в продукции эстрогенных гормонов.



Возникший по тем или иным причинам фиброматозный узелок, развиваясь в стенке матки, по мере роста может передвигаться или по направлению к *полости матки*, или к *брюшинному ее покрову*, или, наконец, во все время своего развития оставаться *межмышечно в толще маточной стенки*. В первом случае фибромиома носит название подслизистой — *субмукозной*, во втором — подбрюшинной — *субсерозной* и в третьем — *межуточной* — *интерстициальной*.

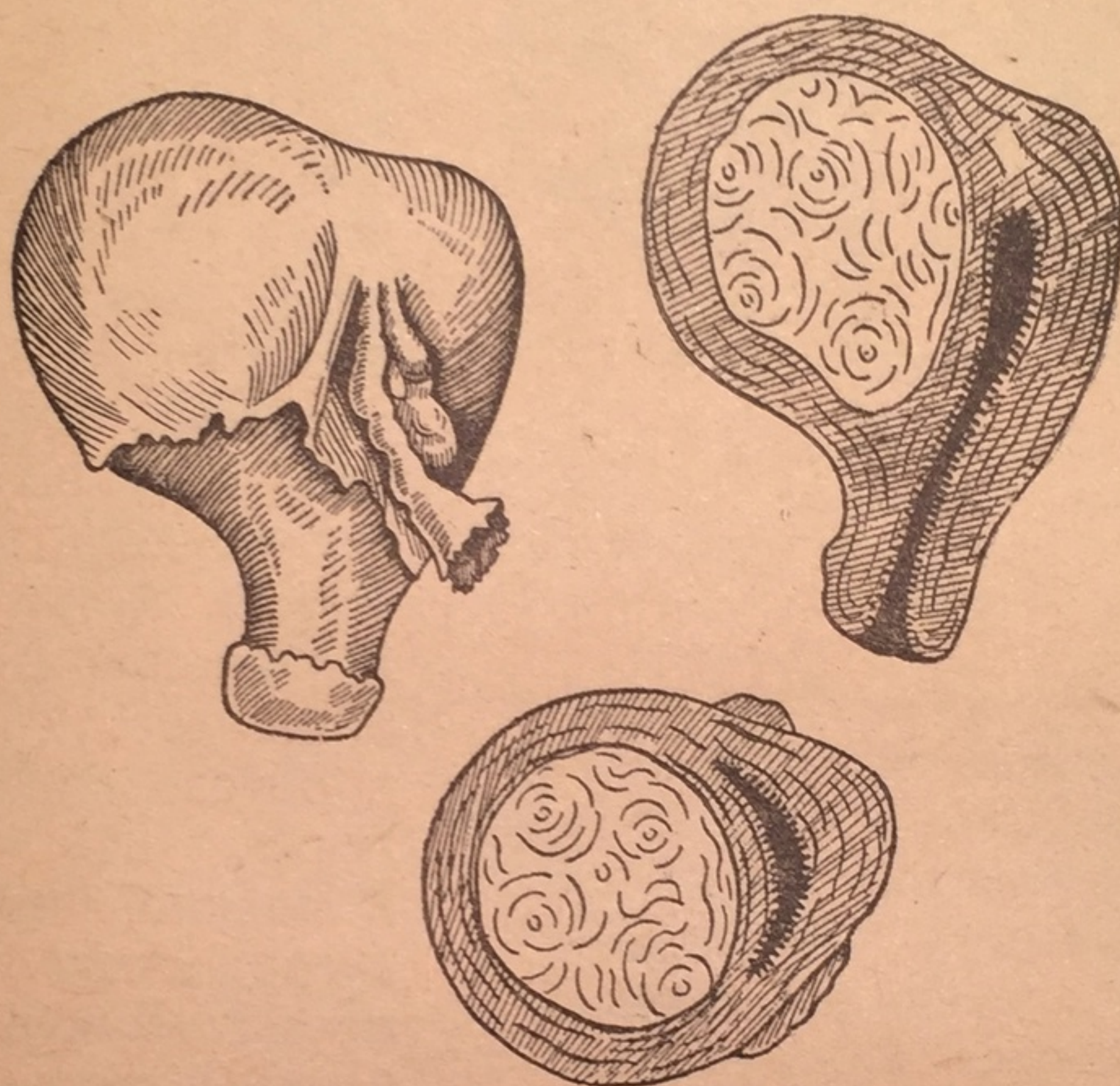


Рис. 90. Интерстициальная фибромиома матки. Справа на рисунке показано отношение опухоли к полости матки на сагиттальном разрезе (верхний рисунок) и на поперечном разрезе (нижний рисунок).

Помимо тела матки, фибромиомы (хотя и значительно реже) развиваются в шейке матки. Здесь они также могут быть в форме подбрюшинно или интерстициально сидящих узлов, но чаще всего наблюдаются в виде субмукозных подслизистых полипов на ножке.

Как видно на рис. 89—93, матка в зависимости от расположения опухоли принимает ту или иную форму. Так, при *субсерозных* фибромиомах на матке прощупываются отдельные узлы, обладающие иногда той или иной степенью подвижности в зависимости от длины ножки. Если эти узлы сидят на матке широким основанием, то поверхность матки представляется неровной, бугристой. При *интерстициально* и *подслизисто* расположенных узлах матка чаще всего имеет шарообразную форму. Точное распознавание локализации опухоли имеет большое практическое значение, так как в зависимости от этого применяется тот или иной способ лечения.



В зависимости от того, в каком взаимоотношении с маткой находится опухоль, т. е. располагается она подбрюшинно, интерстициально или субмукозно, наблюдаются те или иные симптомы, среди которых на первое место нужно поставить *кровотечения*. Некоторые ставят эти кровотечения в связь с эндометритом, который часто наблюдается при фибромиомах, особенно подслизистых и интерстициальных,

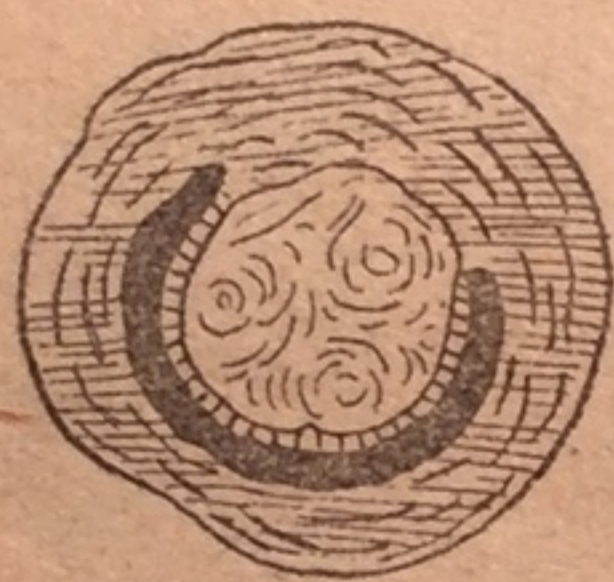
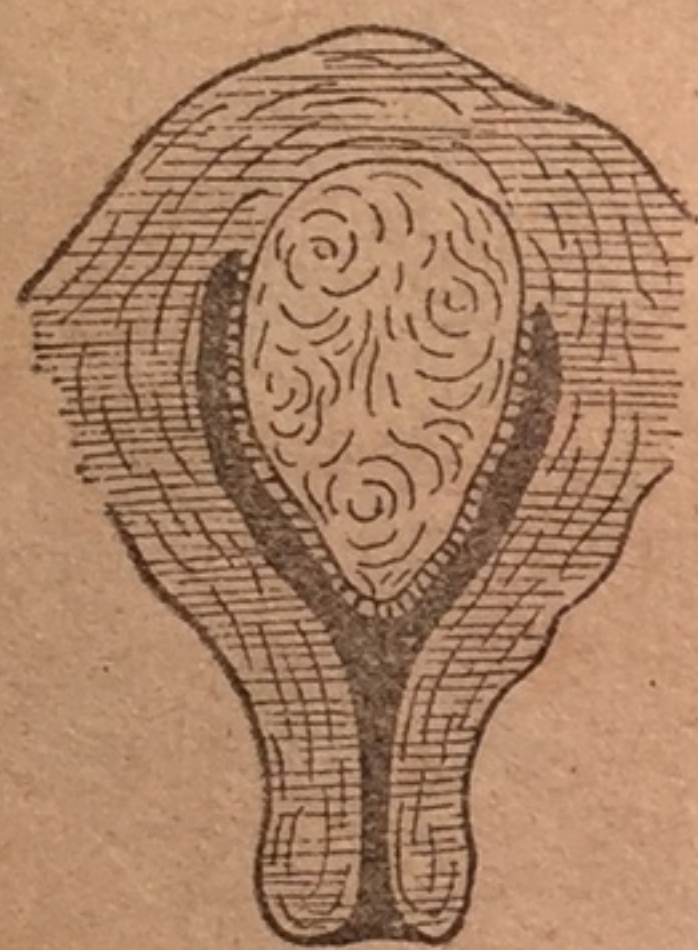


Рис. 91. Субмукозная (подслизистая) фибромиома матки. На нижних рисунках показано отношение опухоли к полости матки на фронтальном разрезе (слева) и на поперечном разрезе (справа).

от той активной гиперемии матки, которая вызывается усиленной деятельностью яичников.

Наблюдаемые при фибромиомах кровотечения носят характер мено- и метроррагий; при *подслизистых* же фибромиомах, в тяжелых случаях, промежутков между кровотечениями почти не бывает. При *субсерозных* фибромиомах кровотечения наблюдаются значительно реже или даже их может вовсе не быть, и месячные имеют правильный тип. Зависит это, по всей вероятности, от того, что такая субсерозно расположенный узел опухоли близко не соприкасается со слизистой оболочкой матки и не изменяет величины полости последней, а также строения самой слизистой оболочки.

Говоря о кровотечениях при фибромиомах, мы считаем необходимым тут же остановиться и на общем состоянии больных, которое

стых и интерстициальных, когда полость матки вследствие присутствия названных опухолей увеличена, растянута, а следовательно, и кровоточащая во время месячных поверхность слизистой оболочки матки значительно больше, чем в норме. Другие приписывают эти кровотечения тому обстоятельству, что опухоль не позволяет мышце матки достаточно хорошо сократиться, вследствие чего сосуды зияют и обуславливают кровотечение. Это тем более возможно, что стенки сосудов матки при фибромиомах, как на это указывают многие, также подвергаются изменениям и становятся более хрупкими. Наконец, последнее мнение о причинах кровотечений при фибромиомах сводится к тому, что они зависят главным образом



Рис. 93. Родившийся подслизистый фибромиома.

строение фибромиомы в нормальном и боковом (вследствие сжатия) состоянии. Если сжать фибромиому, то она изменит форму и уменьшится в размерах. Об их клинической картине.



от этих кровотоков тяжело нарушается. Прежде всего эти кровотечения ведут к развитию анемии, часто достигающей значительных степеней. Объективно при этом бросается в глаза характерная бледность; кожа больных представляется бледновосковой, немного отечной, часто с желтоватым оттенком; все слизистые оболочки, включая слизистую оболочку влагалища, также представляются обескровленными. Содержание гемоглобина в крови резко падает, понижаясь в тяжелых случаях до 20—15% и даже ниже.

Кроме того, большие кровопотери, вызывая качественное ухудшение состава крови, не могут, конечно, не отразиться и на деятельности других органов (сердца, почек).

Другие жалобы больных фибромиомой далеко не постоянны. Некоторые жалуются на боли, которые могут зависеть от сдавления опухолью нервных стволов, от растяжения связок и брюшины, а кроме того, обуславливаться спайками между растущей опухолью и соседними органами. При подслизистых фибромиомах боли могут быть вызваны сокращениями матки, ведущими к выталкиванию опухоли из полости.

Наконец, фибромиомой может быть обусловлено нарушение деятельности мочевого пузыря. Этот симптом также не является обязательным, и наличие его зависит от локализации опухоли. Если, например, фиброматозный узел располагается на передней стенке матки или исходит из шейки или передней стенки влагалища, то, оказывая постоянное давление на мочевой пузырь, он вызовет рас-

стройство функции последнего, что может проявляться в учащенном и болезненном мочеиспускании, а в некоторых случаях (вследствие сдавления уретры) задержкой мочеиспускания.

Если с патологоанатомической стороны фибромиомы относятся к доброкачественным новообразованиям, то этого нельзя сказать об их клиническом течении, ибо в этом отношении они иногда ни-

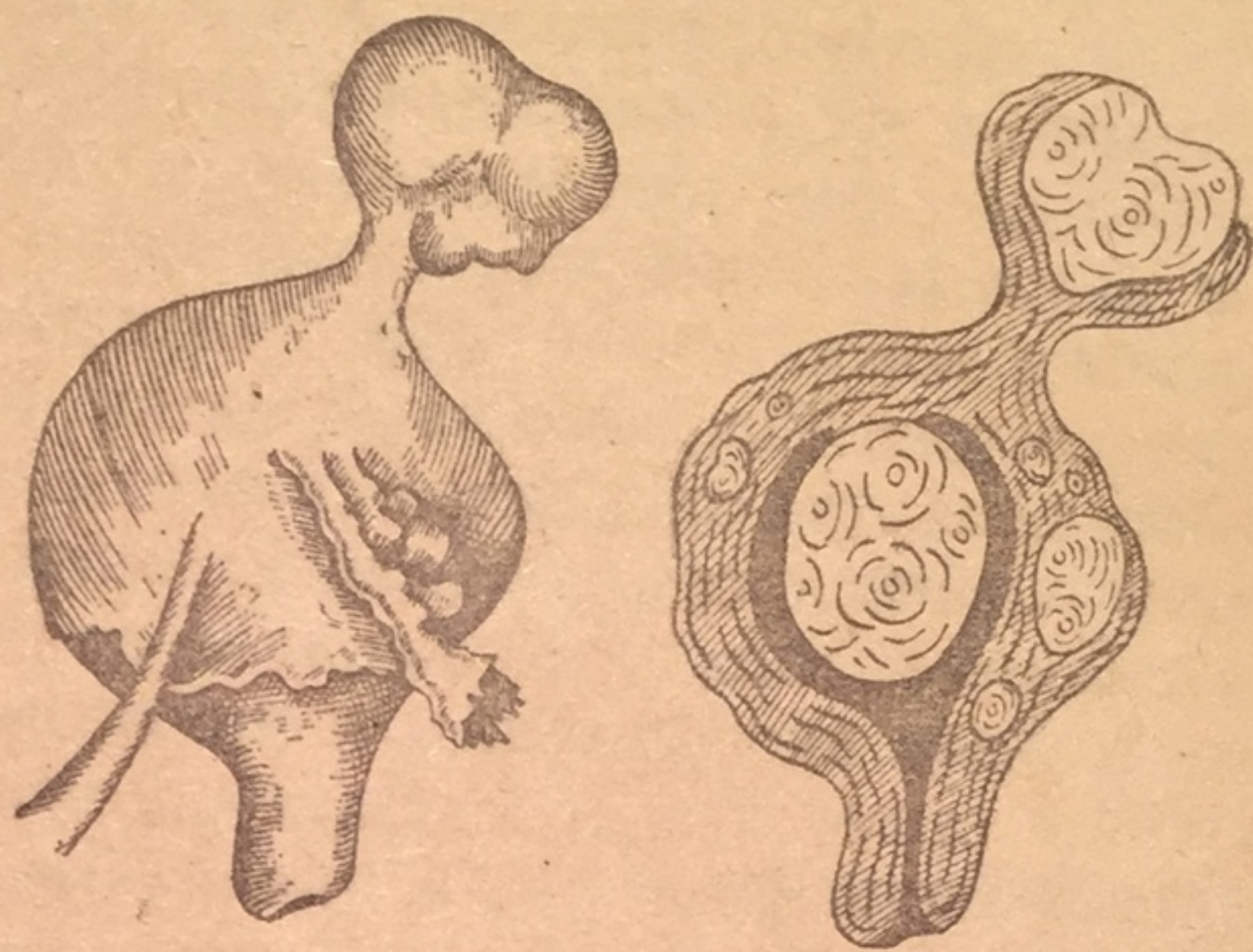


Рис. 92. Множественная фибромиома матки с субмукозными, интерстициальными и субсерозными узлами (справа опухоль на разрезе).

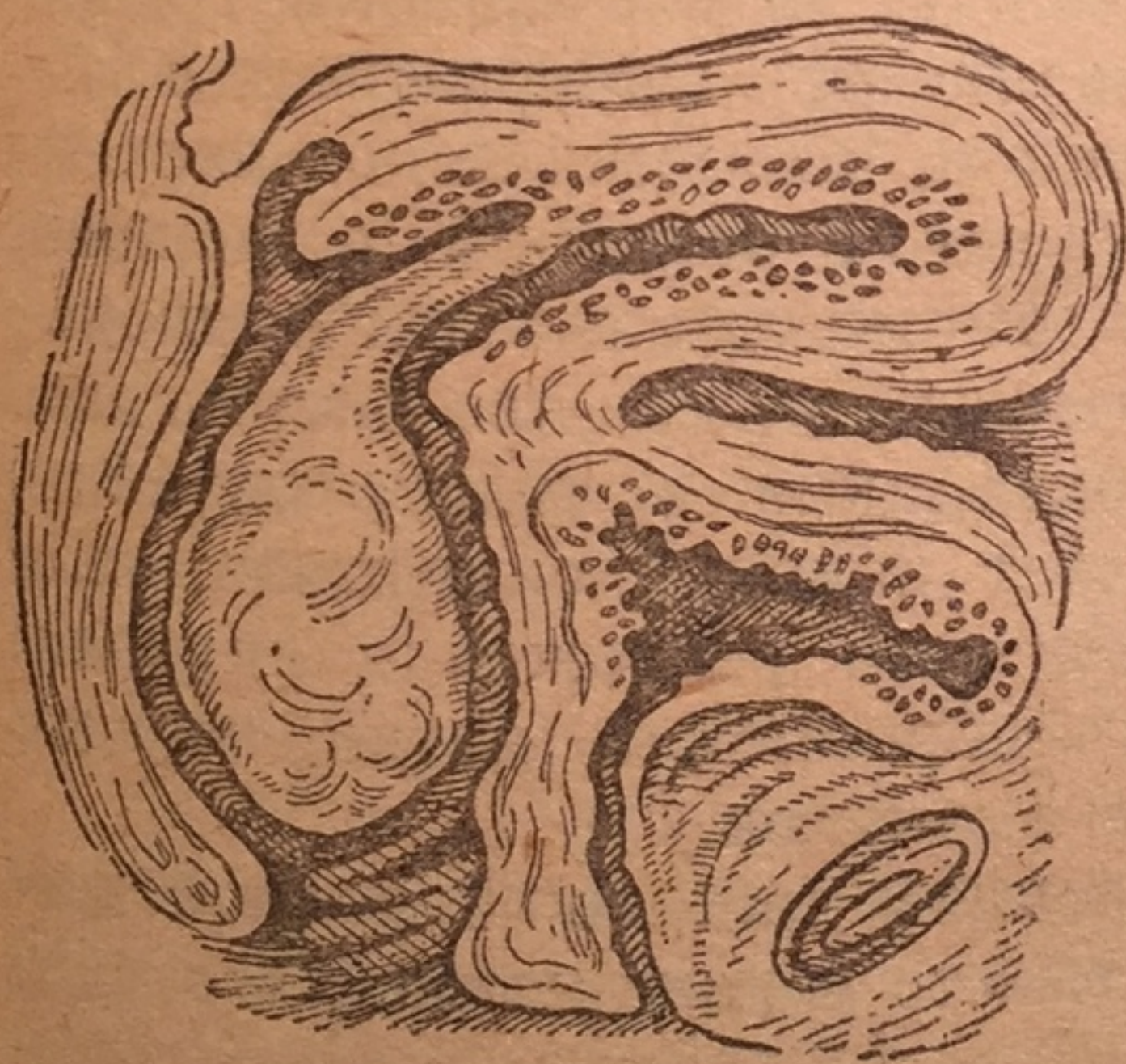


Рис. 93. Родившийся во влагалище подслизистый фиброматозный узел.



чем не уступают злокачественным новообразованиям. Как уже было указано, в некоторых случаях фибромиомы ведут к развитию у больных малокровия и истощения, что бывает особенно резко выражено при инфицировании опухоли и гангренозном ее распаде. Чаще всего это происходит при *подслизистых* фибромиомах. Подслизистый фиброматозный узел по мере своего роста все больше и больше выступает в полость матки и в конце концов выполняет ее целиком, оставаясь соединенным со стенкой матки лишь при помощи ножки, в которой проходят питающие опухоль кровеносные сосуды. Сокращениями матки такой полип выталкивается во влагалище, где он и остается висеть на той же ножке, которая при этом охвачена сократившейся шейкой матки (рис. 93).

Помимо того, что такой «родившийся» полип поддерживает длительное кровотечение, к этому присоединяются еще часто злобонные выделения вследствие частичного омертвения полипа из-за присоединившейся инфекции. Наконец, вследствие ущемления ножки опухоли шейкой матки последняя может охватить эту ножку настолько плотно, что сосуды, питающие опухоль, сильно сдавливаются и приток крови по ним прекращается, в результате чего наступает полное омертвение опухоли. Одновременно отмечаются лихорадочные повышения температуры и может возникнуть общее заражение (сепсис), угрожая жизни больной.

Подобные явления нарушения питания опухоли и даже ее омертвение могут произойти и при субсерозных фибромиомах, особенно если последние имеют более или менее длинную и тонкую ножку, которая под влиянием различных моментов может перекрутиться. Правда, такое перекручивание при фибромиомах встречается реже, чем при опухолях яичников, но клиническая картина как в том, так и в другом случае будет, в основном, одинакова.

Помимо сказанного, независимо от положения фибромиомы, в ней могут наблюдаться и другие изменения, как то: кистовидное или слизистое превращение, кровоизлияние в толщу опухоли, нагноение. Превращение часто не дает никаких симптомов, если не произойдет нагноения или гнилостного разложения опухоли.

Необходимо отметить, что при фибромиомах матки нередко наблюдается кистовидное изменение яичников.

Как известно, в нормальных условиях достигший полной зрелости граафов пузырек лопается и вместе с изливающейся оттуда фолликулярной жидкостью зрелое яйцо попадает в полость брюшины. Но мы знаем, что под влиянием воспалительных процессов, а в ряде случаев под влиянием гормональных нарушений, строма (ткань) яичника подвергается целому ряду изменений, которые сводятся к гиперемии с развитием соединительной ткани и последующему ее склерозу. В таком случае достигший зрелости граафов пузырек не в состоянии преодолеть сопротивления окружающей ткани и своевременно вскрыться; содержащаяся в нем яйцевая клетка и клетки зернистой оболочки погибают, и граафов пузырек превращается в маленькую ретенционную кисту. В дальнейшем



или весь яичник может оказаться сплошь пронизанным такими кистами, что носит название мелкокистозного изменения яичника, или же образовавшаяся единичная киста граафова пузырька увеличивается вследствие транссудации жидкости в ее полость из окружающих сосудов и превращается в однокамерную кисту.

Вторым источником образования ретенционных кист в яичнике являются желтые тела. Эти кисты по своему объему сходны с предыдущими и, как только что описанные, также имеют одну полость (камеру), наполненную жидкостью. У кист желтого тела стенка изнутри выстлана характерными лютеиновыми клетками.

Если одновременно с фолликулярной кистой яичника образуется гидросальпинкс, то вследствие близкого соприкосновения и взаимного давления стенки их могут атрофироваться, и обе кисты, соединяясь вместе, образуют одну так называемую тубо-овариальную кисту.

Гораздо более важное значение имеет злокачественное превращение фибромиомы. Нужно подчеркнуть, что *фибромиома не может превратиться в рак*, как это иногда приходится слышать не только от больных, но и от медицинского персонала. Рак может образоваться только из эпителиальной ткани, а таковая, как мы знаем, не принимает участия в строении фибромиомы. Может встретиться лишь одновременное существование обеих опухолей, т. е. при наличии фибромиомы может произойти раковое поражение слизистой оболочки тела или шейки матки. Фибромиома же как таковая может превратиться только в саркому, т. е. в опухоль соединительнотканного происхождения.

Саркоматозное превращение фибромиом матки наблюдается примерно в 1%. Чаще всего саркомы развиваются в подслизистых фиброматозных узлах, затем во внутристеночных и реже всего в подбрюшинных. По характеру гистологического строения чаще всего встречаются фибросаркомы и полиморфно-клеточные саркомы.

Саркомы матки отмечаются в различные периоды жизни женщины, наибольшее число заболеваний падает на возраст 40 лет и старше.

Вначале саркомы матки могут не давать никаких симптомов.

Наиболее характерными симптомами саркомы матки являются маточное кровотечение и быстрый рост опухоли. Поэтому быстрый рост фибромиом матки, особенно после наступления менопаузы, должен всегда возбуждать подозрение на саркому. Общий упадок сил, похудание и анемия, а также различного характера болевые ощущения являются признаками далеко зашедшего процесса.

Лечение сарком матки хирургическое — удаление матки с придатками.

По вопросу о влиянии фибромиомы на беременность следует отметить, что миомы вообще, а подслизистые особенно, препятствуют нормальному течению беременности. Но этим их влияние не ограничивается. Так, наступившая беременность может нарушиться в силу механического препятствия для ее развития. При уже развившейся беременности миома может служить причиной неправильностей родового акта (отмечается,



например, слабость родовых схваток вследствие недостаточной сократительной способности матки), и в редких случаях она даже служит препятствием к родоразрешению при расположении больших узлов в нижних отделах матки или в шейке.

Наконец, в послеродовом периоде миома может препятствовать правильному обратному развитию матки, может нагнаиваться и даже подвергнуться омертвлению; это обстоятельство является серьезной опасностью для жизни роженицы.

Подводя итог вышесказанному, можно считать обычными симптомами фибромиом следующие: кровотечения, болевые ощущения внизу живота и в пояснице, жалобы на расстройства со стороны мочевого пузыря и кишечника. Какие симптомы более резко выступают в зависимости от местоположения опухоли, было указано выше. Условиями, определяющими выбор метода лечения фибромиом, являются: 1) жалобы больных, 2) возраст больной и 3) величина опухоли.

Фибромиомы, не вызывающие никаких симптомов и жалоб со стороны больных, обычно не требуют лечения, а лишь наблюдения за больной, чтобы не пропустить начинающегося злокачественного превращения опухоли. Особенно подозрителен в смысле злокачественного превращения рост опухоли в климактерическом периоде, так как обычно с прекращением месячных фибромиомы не только перестают расти, но даже постепенно начинают уменьшаться, иногда вплоть до полного исчезновения. Отсюда понятно значение возраста для выбора способа лечения, а именно: лечение требуется, если фибромиома обнаружена в молодом возрасте, так как до наступления климактерического периода она будет еще расти; в климактерическом возрасте фибромиома, не дающая никаких симптомов, требует не лечения, а лишь наблюдения.

Лечение может быть оперативным, или же используют метод рентгенотерапии. Последняя применима только у пожилых женщин, т. е. не моложе 40—45 лет, когда функция яичников начинает угасать. Подслизистые фибромиомы рентгенизации не подлежат так же, как и слишком большие опухоли. В этих случаях возможно только оперативное лечение.

### Рак шейки матки

Не касаясь спорного вопроса о якобы имеющем место росте раковых заболеваний, необходимо отметить, что по отношению к раку шейки матки у нас нет оснований говорить об учащении этого заболевания вообще, а равно и об увеличении заболеваемости раком шейки матки в более молодом возрасте; на основании официальных статистических данных скорее можно считать, что за последние годы имеется некоторое снижение заболеваемости раком матки.

С одной стороны, это можно объяснить ростом онкологической сети и увеличением обращаемости больных в более ранних стадиях болезни, а с другой — усовершенствованием методов лечения.



На основании данных статистики, заболеваемость раком матки стоит на втором месте (на первом — рак желудочно-кишечного тракта).

Что касается вопроса о том, какое место рак шейки матки занимает среди остальных локализаций рака женских половых органов, то на этот счет имеется очень большое количество статистических материалов, которые показывают, что подавляющее большинство заболеваний падает именно на рак шейки матки (до 80%). К сожалению, до сих пор мы не располагаем данными, которые могли бы объяснить причину частого развития рака именно в половых органах женщины; этиология рака остается пока не выясненной, что в значительной степени препятствует выработке рациональной терапии этого заболевания. Существуют лишь некоторые предположения, которые пытаются объяснить причину возникновения раковых опухолей в половых органах.

Указывают, что родовая травма, как и всякая другая, повидимому, может способствовать возникновению раковых новообразований, а так как матка при родах травмируется чаще других органов, то эти новообразования и возникают чаще в матке. Статистические данные подтверждают это положение в том смысле, что рак чаще развивается у тех рожавших женщин, у которых своевременно не были излечены последствия родовой травмы (разрывы шейки матки). Нужно в то же время иметь в виду, что рак бывает и у нерожавших и даже у девственниц.

Местные воспалительные процессы, сопровождающиеся изъязвлениями, гипертрофиями слизистой оболочки, также, очевидно, могут способствовать развитию рака. Чаще рак поражает женщин в пожилом возрасте (40—60 лет), хотя сравнительно нередко встречается и раньше 40 лет, особенно рак шейки матки. Плохие условия жизни, погрешности в личной гигиене, вредные бытовые привычки, повидимому, предрасполагают к возникновению рака. Едва ли, конечно, можно считать, что какая-нибудь из перечисленных причин сама по себе может привести к возникновению ракового процесса. Правильнее думать, что этому способствует совокупность нескольких условий.

### Симптоматология и диагностика

Успехи, достигнутые в лечении рака шейки матки путем усовершенствования методов лечения лучистой энергией, а также развитие техники оперативного лечения в сочетании с применением радия и рентгеновских лучей позволяют утверждать, что рак шейки матки излечим, если он будет подвергнут радикальному лечению в начале заболевания. И если еще и по настоящее время большое количество больных погибает, несмотря на предпринятое лечение, то происходит это потому, что значительное число их является на лечение уже в запущенных стадиях болезни.

Таким образом, эффективность лечения всецело зависит от раннего распознавания болезни. Поэтому ранняя диагностика заболе-



вания в проблеме противораковой борьбы имеет очень большое значение.

В учебниках обычно описывается классическая триада симптомов рака шейки матки: бели, кровотечения, боли.

Не отрицая, что при вполне развившейся опухоли (нередко перешедшей уже в запущенную стадию) обычно имеется один из этих симптомов или та или иная комбинация таковых, мы считаем необходимым подчеркнуть, что в начале своего развития рак шейки матки в абсолютном большинстве случаев не дает никаких симптомов, а такие симптомы, как бели, кровотечения в том или ином виде и боли, во-первых, не являются симптомами только рака, но и целого ряда других заболеваний женских половых органов, а во-вторых, их появление при раке указывает обычно на уже далеко зашедший процесс, т. е. они обнаруживаются тогда, когда раковая опухоль начинает распадаться.

Если опухоль начинает распадаться рано, в начальных стадиях своего развития, появляются рано те или иные симптомы; в тех же случаях, когда опухоль долго не распадается, симптомы обычно отсутствуют, несмотря на то, что опухоль широко распространилась.

Бели могут быть различного характера: водянистые, окрашенные кровью, без запаха или зловонные. Появление их обусловлено вскрытием межтканевых лимфатических щелей и лимфатических сосудов при отторжении некротизировавшихся частей опухоли. Задержка этих выделений во влагалище и присоединяющаяся инфекция способствуют развитию запаха. Примесь крови придает им характерный вид мясных помоев. Гнойные бели не характерны для рака шейки матки. Кровотечения могут носить характер небольших кровянистых выделений, однократных или многократных обильных кровотечений или же бывают связаны с различными расстройствами менструального цикла.

Для рака шейки матки очень характерны так называемые контактные кровотечения, появляющиеся вследствие местной, даже очень легкой травмы, — спринцевание, половые сношения, твердый стул, тряская езда, напряжение при подъеме тяжести, внутреннее исследование пальцем или зеркалом и т. п. Эти кровотечения возникают в результате разрыва мелких сосудов опухоли, которые расположены поверхностно; стенки их очень тонки, хрупки, воспалительно изменены и местами некротичны. Для женщин, уже не менструирующих, появление крови из половых органов в большом проценте случаев указывает на развитие у них злокачественной опухоли.

Локализация болей так же различна, как и характер. Чаще всего приходится слышать жалобы на боли в пояснице, крестце, внизу живота и прямой кишке. Для запущенных случаев характерны боли в бедре (чаще в левом), обуславливаемые инфильтратами у стенок таза, которые, как известно, чаще наблюдаются с левой стороны. Нужно всегда помнить, что боль является поздним признаком, указывающим на вовлечение в процесс лимфатических узлов



и клетчатки таза, с образованием инфильтратов, сдавливающих нервные стволы и нервные сплетения таза.

Резюмируя сказанное о симптомах развившегося рака шейки матки, необходимо отметить, что они обращают на себя внимание своим упорством, длительностью или во всяком случае частой повторяемостью.

Появление симптомов со стороны мочевого пузыря и прямой кишки — частые позывы и учащенное мочеиспускание, тенезмы — также обычно служит указанием на запущенность болезни.

Прорастание стенки пузыря раковой опухолью ведет к образованию свища.

Сдавление мочеточников раковыми инфильтратами ведет к задержке мочи, развитию явлений со стороны почек (гидро- и пионефроз) и, наконец, к уремии. Прорастание опухоли в кишку вызывает сначала появление крови в стуле, а затем образование свища.

Кахексия для рака шейки матки не характерна или появляется поздно, в далеко зашедших стадиях болезни, и вызывается, по видимому, упадком питания и нарушением общего обмена веществ в организме, а также интоксикацией продуктами распада опухоли и почти всегда сопутствующей инфекцией.

Диагностика уже развившегося рака шейки матки несложна. Трудно диагностировать только действительно начальные случаи, когда на шейке матки нет еще явно выраженных опухолевых образований, а имеется или подозрительная эрозия, или ограниченная инфильтрация ткани (уплотнение).

Если придерживаться принципа, что ни одна больная с подозрением на рак не может быть отпущена из-под наблюдения до тех пор, пока это подозрение не будет исключено или подтверждено, то своевременная и действительно ранняя диагностика для больной будет обеспечена.

**А н а м н е з.** Уже тщательно и умело собранный анамнез может дать достаточные основания для того, чтобы заподозрить рак шейки матки. Выявляя анамнестически подозрительные случаи и направляя таких больных для обследования к специалисту, лица среднего медицинского персонала могут в значительной мере способствовать ранней диагностике рака.

Совершенно недопустимо назначение того или иного лечения на основании анамнестических указаний больной на наличие у нее тех или иных симптомов (кровянистые выделения, бели) без детального исследования. К сожалению, такие случаи приходится наблюдать и по сей день.

**В л а г а л и щ н о е д в у р у ч н о е и с с л е д о в а н и е.** Когда рак шейки матки находится в периоде полного развития, влагалищное исследование в большинстве случаев дает достаточную уверенность в диагнозе. Характерная плотность и потеря эластичности ткани при некотором опыте отчетливо ощущаются. В целях наименьшей травматизации опухоли мы рекомендуем производить влагалищное исследование одним указательным пальцем. Прежде



всего определяется форма опухоли, которая может быть весьма различной. Принято различать экзофитную, эндофитную и смешанную формы. Некоторые выделяют особо кратерообразную, или язвенную, форму (рис. 94, 95, 96).

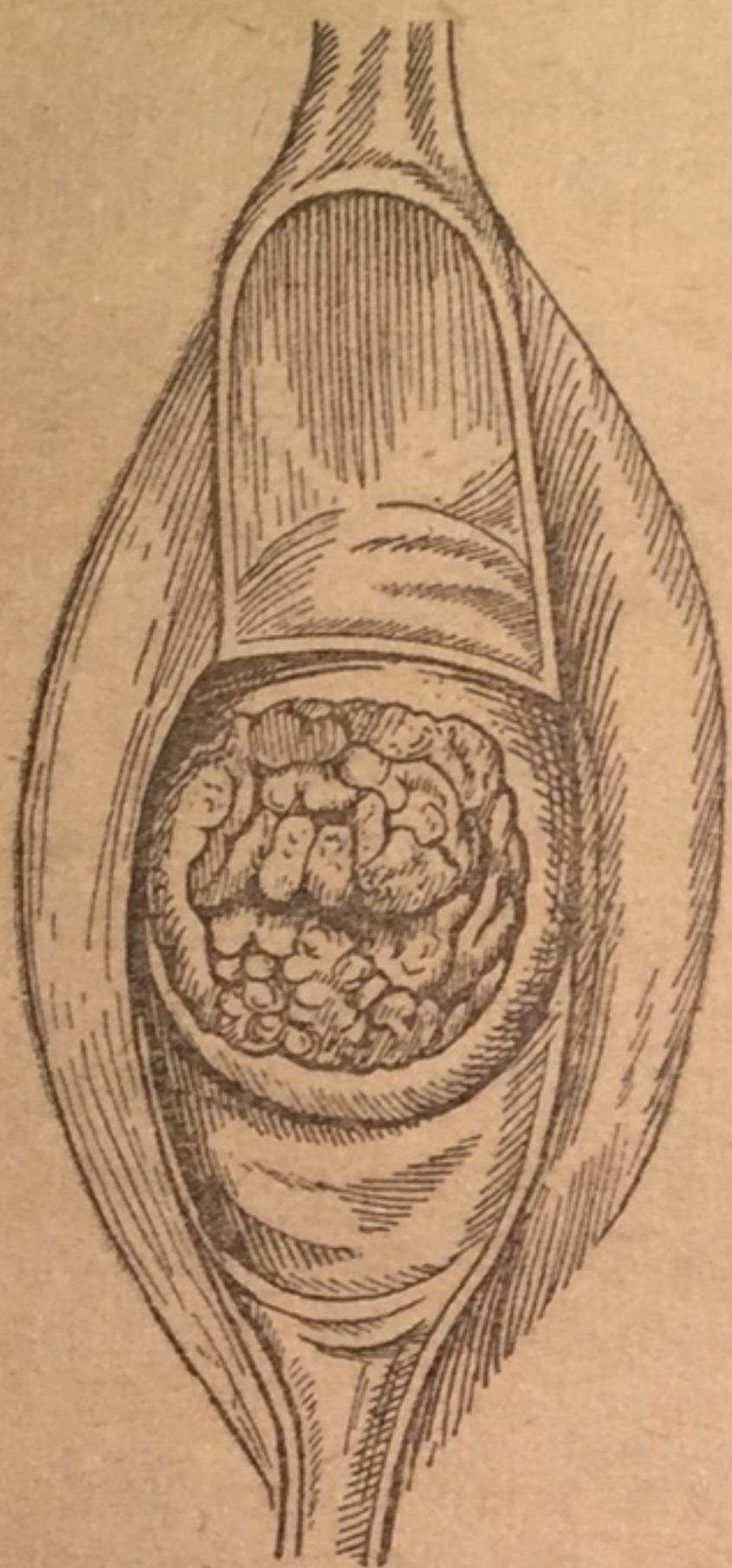


Рис. 94. Рак шейки матки. Раковое изъязвление шейки вокруг наружного зева; кругом язвы — здоровая слизистая оболочка влагалищной части шейки матки.

инфильтрированных и частью разрушенных сводов. Иногда бывает разрушена только часть шейки и часть того или другого свода также с образованием кратерообразной язвы, идущей в глубину параметрия.

Описанные формы характерны для уже развившегося рака.

Как правило, исследование в таких случаях сопровождается кровотечением в той или иной степени, являющимся результатом травмы опухоли исследующим пальцем.

В начальных стадиях рака, наблюдать которые, к сожалению, приходится значительно реже, картина не будет

При экзофитной форме определяются плотные крупно- или мелкобугристые образования, занимающие часть или весь влагалищный отдел шейки матки в зависимости от распространения процесса. Однако нужно иметь в виду, что эти разрастания могут быть рыхлыми и поверхностными. При эндофитной форме шейка матки представляется увеличенной, плотной, неэластичной, но поверхность ее совершенно гладкая, если слизистая оболочка не изъязвлена. При этой форме подвижность шейки обычно ограничена вследствие быстрого вовлечения в процесс влагалищных сводов, которые в таких случаях представляются инфильтрированными, пергаментно-плотными и малоподатливыми. Нередко приходится встречаться со смешанными формами, когда наряду с экзофитным ростом наблюдается инфильтрация в глубину шейки. Наконец, шейка матки может быть совершенно разрушена опухолью с образованием на ее месте кратерообразной язвы, окруженной плотными хрупкими краями



Рис. 95. Схематический рисунок экзофитной формы рака шейки матки.

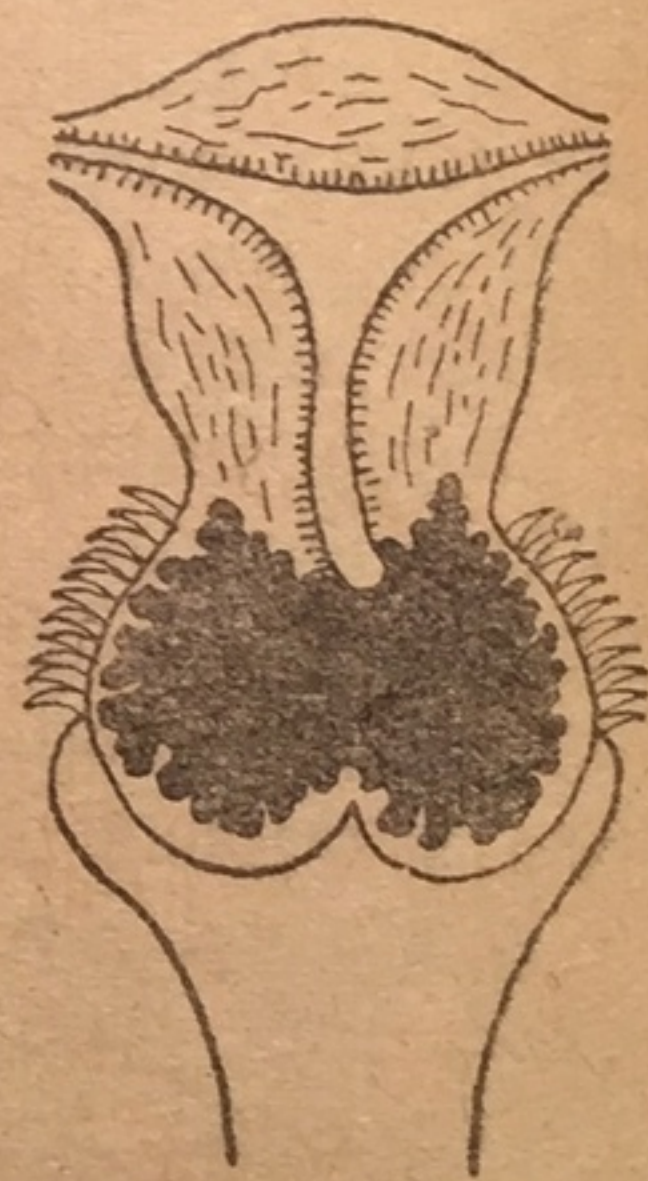


Рис. 96. Схематический рисунок эндофитной формы рака шейки матки.



такой отчетливой. Правда, ограниченная инфильтрация (затвердение) в том или ином месте шейки матки (чаще всего в окружности наружного маточного зева) обычно имеется и в этих случаях, но данные бимануального исследования неотчетливы, и полагаться на них нельзя. Исследование становится еще более неопределенным, когда рак развивается в толще шейки матки со стороны цервикального канала. Только при обширном эктропионе, при зияющем цервикальном канале, удастся иногда прощупать затвердение в одной из губ в форме плотного без ясных границ инфильтрата или в форме плотной выпуклости. В таких случаях определяется своеобразная ригидность шейки.

Если рак развивается из слизистой оболочки шеечного канала, что бывает значительно реже, то по гистологическому строению он подобен раку тела матки, т. е. является цилиндроклеточным. Обычно рак шеечного канала редко распространяется за внутренний маточный зев, изъязвляя и разрушая ткань шейки матки со стороны шеечного канала (рис. 97).

Околоматочная клетчатка в подобных случаях очень быстро вовлекается в процесс, что объективно проявляется наличием параметральных инфильтратов; поэтому данная форма рака является наиболее злокачественной.

При раке цервикального канала влагалищная часть шейки матки представляется как бы одеревенелой: она теряет свою гибкость, эластичность и при попытке согнуть ее между пальцами наружной и внутренней руки обычно появляется кровь. Этому признаку многие придают большое диагностическое значение. С онкологических позиций мы не можем рекомендовать пользоваться этим приемом, так как по существу — это умышленная травма опухоли, которая всегда чревата последствиями. Однако, если при бимануальном исследовании в случае отсутствия видимой при помощи зеркал опухоли на влагалищной части на пальце остается кровь, то это диктует необходимость дальнейшего обследования больной и, в частности, пробное выскабливание. Влагалищное бимануальное обследование заканчивается ощупыванием стенок влагалища, определением подвижности матки, состояния придатков, околоматочной клетчатки и области близлежащих органов (мочевого пузыря и прямой кишки).

Осмотр при помощи зеркал. Полагаться на данные только влагалищного бимануального исследования никогда не следует, особенно в тех случаях, когда шейка матки на ощупь представляется неизменной. Каждая больная, явившаяся на осмотр по тому или иному поводу, должна быть осмотрена при помощи зеркал. В тех случаях, когда имеется подозрение на рак шейки матки, мы рекомендуем осмотр с помощью зеркал произво-



Рис. 97. Рак канала шейки матки.



Рис. 96. Схематический рисунок эндометриальной формы рака шейки матки.



доть до бимануального исследования. Дело в том, что после бимануального исследования в таких случаях, почти как правило, появляется кровотечение, которое очень затрудняет последующий осмотр шейки с помощью зеркал. Из тех же соображений мы не рекомендуем пользоваться для осмотра раздвижными зеркалами (типа зеркала Куско), так как раздвигание ложек такого зеркала, введенного во влагалище «вслепую», неминуемо влечет травмирование опухоли и появление кровотечения. Нужно всегда помнить, что травмирование опухоли опасно как в смысле инфицирования таковой, так и в смысле ее метастазирования. Только медленным и осторожным введением ложкообразных зеркал и подъемника можно хорошо осмотреть шейку и избежать травмы опухоли.

Вид раковой опухоли на шейке матки крайне разнообразен. При экзофитной форме опухоли она имеет вид крупно- или мелко-бугристых разрастаний (отдаленно напоминающих вид цветной капусты), иногда выполняющих весь купол влагалища, часто бывает покрыта темными корками (участки омертвения и распада опухоли). При прикосновении зондом, пинцетом, иногда даже ватным шариком, появляется кровотечение. При эндофитных формах рака шейка матки представляется увеличенной в объеме, плотной, покрытой слизистой оболочкой темнобагрового цвета. Нередко на поверхности слизистой оболочки отчетливо видна сеть мелких, поверхностно расположенных кровеносных сосудов, также легко кровоточащих при дотрагивании инструментами. Края введенного зеркала оставляют следы давления на инфильтрированной ткани. Местами слизистая бывает изъязвлена или покрыта участками омертвевшей ткани. При распаде опухоли с отторжением опухолевых масс шейка представляется частично или полностью разрушенной с образованием глубокой язвы с неправильными изрытыми краями и бугристым дном. Дно язвы обычно покрыто грязносерым налетом. Отделяемое таких язв представляется в виде мутной серозной жидкости. Малейшее травмирование такой язвы вызывает кровотечение. При развитии опухоли в цервикальном канале, особенно если это происходит на некотором расстоянии от наружного зева, внешний вид влагалищной части шейки матки может быть нормальным. Введение зонда в цервикальный канал обычно вызывает кровоточивость из пораженного участка.

Значительно большие трудности встречаются при диагностике начальных стадий рака. Исследование при помощи зеркал в этих случаях особенно ценно, так как позволяет наблюдать бесконечное разнообразие проявления начальных стадий рака. Будет ли новообразование иметь вид эрозии, выделяющейся своей краснотой на бледнорозовом фоне нормальной слизистой оболочки, узловых или папиллярных разрастаний, небольших выпуклостей, покрытых на вид нормальной, слегка цианотичной слизистой, — для всех этих случаев характерным является ясно выраженное уплотнение, инфильтрация ткани, потеря эластичности, хрупкость ткани и сосудов, выражающаяся в легкой кровоточивости при малейшей травме.



Нужно всегда помнить, что по внешнему виду начальные формы рака очень часто отличаются от тех форм, которые описываются как характерные для ракового новообразования.

Чем чаще медицинский персонал будет думать о возможности рака, тем меньше он пропустит начальных стадий болезни. Во всех сомнительных случаях необходимо больную направить к специалисту для производства биопсии. Влагалищное исследование, равно как и исследование при помощи зеркал, должно производиться чрезвычайно осторожно с целью наименьшей травматизации опухоли.

Для суждения о распространении опухолевого процесса обязательно ректально-брюшностеночное исследование. К сожалению, им пользуются редко, а отсюда ошибки в определении стадии заболевания, а следовательно, и в выборе метода лечения. Только ректальным исследованием можно определить состояние крестцово-маточных связок, степень инфильтрации параметриев, вовлечение прямой кишки в опухолевый процесс (фиксация кишки к опухоли, инфильтрация стенок, подвижность слизистой). Кроме того, этот метод менее травматичен для опухоли, менее опасен в смысле занесения инфекции. Указанные преимущества данного способа заставляют рекомендовать его при обследовании больных с опухолями.

Кроме упомянутых, могут быть применены следующие диагностические методы: проба с люголевским раствором Шиллера, исследование влагалищных мазков, кольпоскопия, биопсия.

Шиллер в 1926 г. предложил пробу с люголевским раствором. Проба производится следующим образом. Обильно смоченный в растворе Люголя ватный шарик прикладывается к влагалищной части шейки матки, обнаженной ложкообразными зеркалами. Через  $1\frac{1}{2}$  минуты ватный шарик удаляется и заменяется новым. Иногда приходится повторить эту процедуру и три раза, если слизистая оболочка плохо воспринимает окраску. Нормальный эпителий слизистой оболочки окрашивается в темнокоричневый цвет. Воспалительно измененный эпителий окрашивается в желтый цвет, при этом переход от светлых тонов к темным нормального эпителия совершается постепенно. Заживающая эрозия, слизистая оболочка цервикального канала, которые содержат мало гликогена, не воспринимают иодистой окраски, равно как и эктропион слизистой цервикального канала, мягкая, бархатистая поверхность которого остается после окраски темнокрасного цвета. Карциноматозный эпителий, лейкоплакии и гиперкератоз (при пролапсе) не воспринимают окраски и остаются бледными пятнами на темнокоричневом (буrom) фоне, при этом граница между нормальной окраской и неокрашенными участками очень резко очерчена. Иоднегативные участки, говорящие о патологическом состоянии эпителия, должны подвергаться тщательному исследованию с целью исключения начинающейся карциномы. Необходимо отметить, что очень полезно эту пробу сделать перед биопсией с целью выбрать более подходящее место для вырезывания кусочков, которые всегда следует брать из иоднегативных участков.



В последние годы для диагностики рака матки широко рекомендуются методы исследования мазков из влагалищных выделений. Путем такого рода исследований в мазках могут быть обнаружены подозрительные на рак комплексы клеток. Этот метод базируется на том, что с поверхности опухоли непрерывно отторгаются клетки, которые, смешиваясь с влагалищным секретом, скопляются в заднем своде влагалища. Хотя попрежнему остается справедливым положение, что опухолевые клетки не имеют таких специфических морфологических признаков, которые позволяли бы безошибочно поставить диагноз рака, тем не менее путем цитологического изучения влагалищных мазков можно заподозрить наличие злокачественных опухолей. К таким признакам, которые дают основание заподозрить наличие опухоли, относятся полиморфизм клеток и ядер (наличие крупных клеток с большими пикнотическими ядрами), ядра различной величины и формы, неравномерность величины клеток и ядер, наличие большого количества митозов. Особенно важно тщательно исследовать крупные комочки из выделений, состоящие обычно из больших групп опухолевых клеток. Нахождение таких характерных группировок опухолевых клеток дает больше оснований для правильного диагноза. К преимуществам этого метода следует отнести также и то, что исследуемый материал получается со всей поверхности органа (полость матки, цервикальный канал, влагалищная часть шейки матки), в то время как эксцизионная биопсия дает гистологическую характеристику только взятого кусочка. Кроме того, брать мазки можно неограниченное число раз, не нанося тем самым никакой травмы больной. Техника взятия материала для мазков и исследование их гораздо проще и быстрее, чем приготовление гистологических препаратов. Нужно, однако, иметь в виду, что метод исследования вагинальных мазков не может заменить по своей достоверности биопсию. Существуют следующие методы приготовления влагалищных мазков.

**Аспирационная биопсия.** Вначале для диагностики рака шейки матки мазки делались из ее отделяемого, скапливающегося в заднем своде влагалища. Для этого отделяемое получали путем аспирации содержимого из заднего свода стеклянной трубкой, на которую был насажен резиновый баллон.

Для получения отделяемого из полости матки (в целях диагностики рака тела матки) пользуются такой же трубкой, вводимой в канал шейки матки, но меньшего диаметра и слегка изогнутой (угол между телом и шейкой матки при нормальной антефлексии, открытой кпереди, равен приблизительно  $100^\circ$ ).

**Метод получения отпечатков.** Для получения мазков-отпечатков к шейке матки прикладывают маленькое предметное стекло, захваченное пинцетом; материалом для исследования является прилипшее к поверхности такого стекла отделяемое шейки матки.

**Метод получения соскобов.** Для диагностики рака шейки матки мы остановились на методе приготовления мазков путем взятия отделяемого с поверхности шейки матки тупым металлическим шпа-



телем. Таким образом на шпатель собирается отделяемое пораженного участка путем поверхностного соскоба.

Техника приготовления препарата проста. Предметные стекла, на которые наносится отделяемое, предварительно обрабатываются яичным белком, смешанным с глицерином, как это делается и для гистологических препаратов. Капля отделяемого размазывается на стекле ребром покровного стеклышка, и как можно скорее (высыхание препарата денатурирует клетки, изменяя их вид и структуру) препарат помещается в фиксирующую жидкость; фиксатором служит смесь 96° спирта с эфиром (1 : 1).

Метод окраски препаратов специальными патентованными красками по Папаниколау, широко рекламируемый за рубежом, никаких существенных преимуществ перед простой окраской гематоксилином не имеет. При окраске гематоксилином фиксирующей жидкостью является формалиновый спирт (1 часть 40% раствора формалина и 3 части 70° спирта).

В мазках из маточных выделений при раке часто обнаруживаются не только отдельные клетки, дающие повод заподозрить злокачественную опухоль, но характерные группировки таких клеток, что является самым главным для диагностики.

Благодаря систематическому исследованию влагалищных мазков нередко обнаруживаются самые начальные стадии злокачественного роста — рак *in situ* или рак без инвазии, когда очаг опухоли ограничивается только эпителиальным пластом без проникновения в подлежащую ткань.

**Кольпоскопия.** Стремление распознать начальные формы рака, когда на влагалищной части шейки матки невооруженным глазом еще нельзя увидеть опухоли, привело к попытке обследования слизистой оболочки через увеличительную оптическую систему, имеющуюся в особом приборе, называемом кольпоскопом. Этот прибор позволяет детально осмотреть слизистую оболочку влагалища и влагалищной части шейки матки при увеличении в 10—15 раз и более с целью выявления подозрительных в смысле развития опухоли мест. Однако этот метод не получил широкого распространения, так как кольпоскопия требует большого опыта и отнимает много времени, что затрудняет ее широкое применение во время амбулаторных приемов и при профилактических осмотрах женщин. Кроме того, кольпоскопия не исключает необходимости производства биопсии в подозрительных случаях для постановки окончательного диагноза.

Подводя итоги всему сказанному о кольпоскопии, мы на основании литературных данных и собственных наблюдений в течение ряда лет должны признать, что этот метод, особенно в сочетании с пробой Шиллера, является подсобным как для диагностики рака, так и предраковых состояний шейки матки. При помощи данного метода могут быть более отчетливо выявлены подозрительные места для последующей биопсии. Систематическое применение кольпоскопии в амбулаторной практике позволяет выявлять те или



иные изменения на шейке матки еще тогда, когда невооруженному глазу она представляется неизменной. В частности, это касается



Рис. 98. Пробная эксцизия.

лейкоплакий, которые бывают настолько малы, что при банальных методах исследования могут быть легко пропущены. Тем не менее этот вид изменений на слизистых оболочках половых органов встречается не так уж редко.

**Б и о п с и я.** Принимая во внимание, что в самом начале заболевания обычные клинические методы исследования часто оказываются недостаточными для правильной диагностики, необходимо считать обязательной во всех подозрительных случаях биопсию, а при подозрении на рак канала шейки матки или полости матки — пробное выскабливание. Биопсия является самым ценным диагностическим методом для определения ранних стадий

рака матки. При наличии соответствующих условий (инструментарий, обеспечение асептики) биопсия может производиться и в поликлинике.

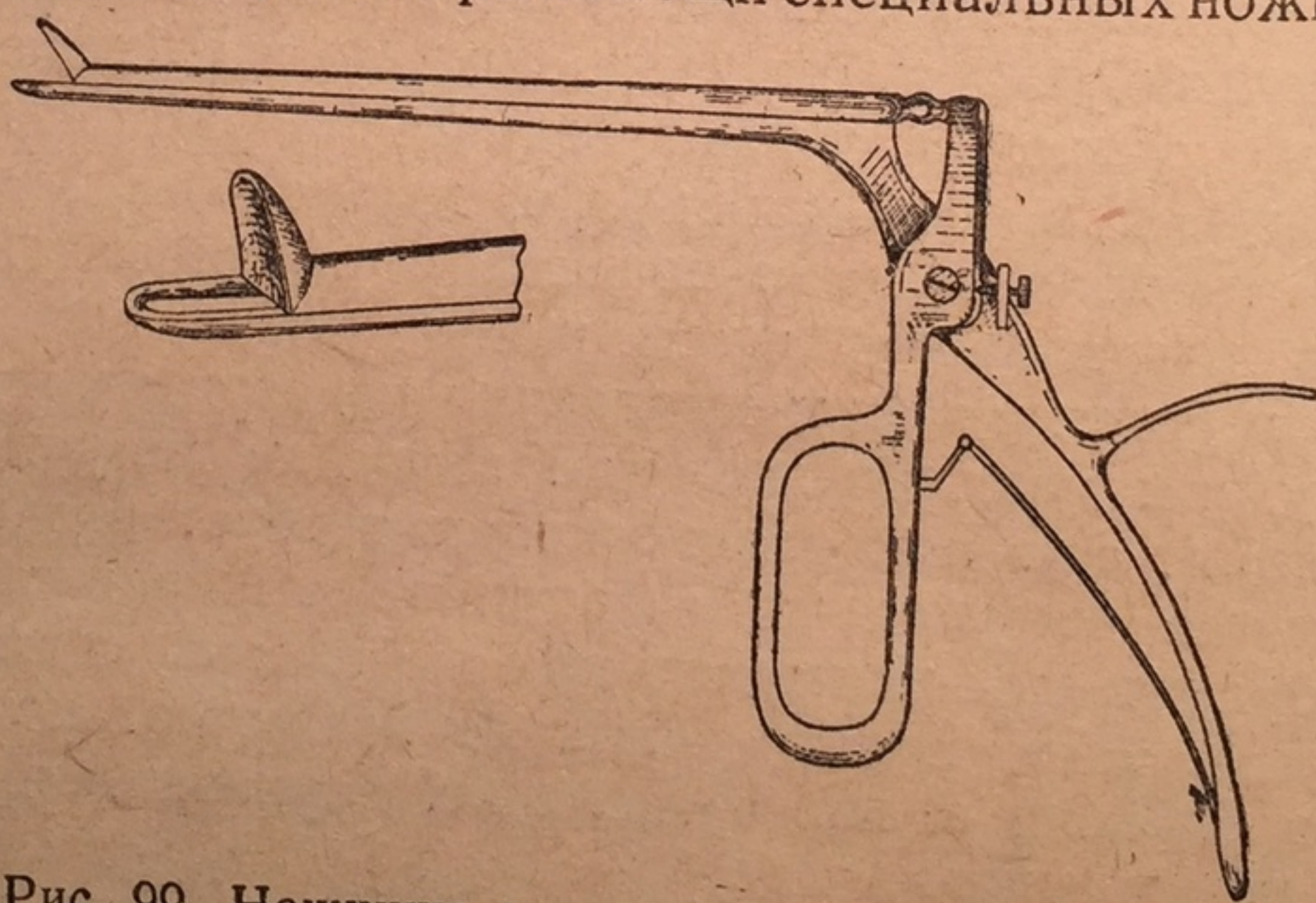


Рис. 99. Ножницы для взятия проб на гистологическое исследование.

Кусочек для гистологического исследования вырезается скальпелем (рис. 98) или берется при помощи специальных ножниц (рис. 99).

Перед биопсией влагалище дезинфицируется спиртом. После взятия кусочка образовавшийся на шейке дефект лучше всего прижечь при помощи аппарата Пакелена. При отсутствии этого аппарата можно дефект после взятия биопсии прижечь крепкой карболовой кислотой (*Acidum carbolicum liquefactum*), затем при-

ложить к этому  
бытка кислоты) и  
на 6 часов стерили  
При подозрении  
необходимо прои  
гистологическим  
Биопсия дол  
всех правил асеп  
ную банку с 10%

Методически  
биопсии]

Основными мо  
для его, 3) техни

1. Кусочек для  
на границе норма  
удаляют вместе с

Мелкие опухо  
Кисты следует уд  
матки следует со

2. Фиксация  
не допустить вы  
в сосуд с фикса  
продажного форм

Для пригото  
формалина и 9 ч  
лишь в случае не

фиксируются обы  
сируется кусочек,  
сация кусочка в 1

следует сначала  
кусочек ткани,  
стенкам сосуда).

0,5 см; длина и ш  
2—3 см. В связи

микроскопическо  
До получения от

оставшийся матер  
небольших кусочк  
ция может быть д

3. Пересылка  
3—4 дней, то сле

ночке с широким  
завязывают воща  
вают в вату или с

должна продолж  
из банки, заверн  
и ваты, пропитан

шаную бумагу из  
4. Документ

а) название исследован  
милля, имя и о  
кусочек; е) клин  
взятия материала



ложить к этому месту шарик со спиртом (для нейтрализации избытка кислоты) и в случае кровоотделения из ткани шейки вложить на 6 часов стерильный тампон из марли.

При подозрении на рак канала шейки матки или полости матки необходимо произвести пробное выскабливание с последующим гистологическим исследованием соскоба.

Биопсия должна производиться с тщательным соблюдением всех правил асептики. Вырезанный кусочек помещается в стеклянную банку с 10% раствором формалина или в чистый спирт.

### Методические указания о взятии материала при биопсии и пересылке его для патогистологического исследования

Основными моментами являются: 1) техника взятия кусочка, 2) фиксация его, 3) техника пересылки, 4) документация.

1. Кусочек для исследования берут из пораженного участка (опухоль, язва) на границе нормальной ткани и с частью последней. Полипы и папилломы удаляют вместе с кожей и их основанием.

Мелкие опухоли удаляют целиком с частью прилежащей здоровой ткани. Кисты следует удалять вместе с их содержимым. Соскоб слизистой оболочки матки следует собирать в плоский стеклянный сосуд.

2. Фиксация ткани производится тотчас же после взятия кусочка, чтобы не допустить высыхания или разложения ткани. Взятый кусочек опускается в сосуд с фиксирующей жидкостью. Для фиксации обычно служит 10% раствор продажного формалина (10% формальдегид муравьиной кислоты).

Для приготовления фиксирующей жидкости берут 1 часть продажного формалина и 9 частей воды. Этим раствором хорошо фиксируются все ткани; лишь в случае необходимости специального исследования на гликоген кусочки фиксируются обыкновенным спиртом. Количество жидкости, в которой фиксируется кусочек, должно превышать его объем в 30—40 раз, т. е. для фиксации кусочка в 1 см<sup>3</sup> требуется 30—40 мл жидкости. При фиксации препарата следует сначала налить фиксирующий раствор в сосуд и затем опустить туда кусочек ткани, а не наоборот (во избежание приклеивания кусочка к стенкам сосуда). Толщина фиксируемого кусочка не должна превышать 0,5 см; длина и ширина в зависимости от необходимости могут равняться 1—2—3 см. В связи с этим из больших опухолей для фиксации и последующего микроскопического исследования специально вырезают небольшие кусочки. До получения ответа о результатах микроскопического исследования весь оставшийся материал следует сохранить в 10% формалине. Срок фиксации небольших кусочков — одни сутки. Ускоренная или моментальная фиксация может быть достигнута при нагревании кусочка в 10—20% формалине.

3. Пересылка материала. Если пересылка должна продолжаться более 3—4 дней, то следует отправлять кусочек с фиксирующей жидкостью в баночке с широким горлом и притертой пробкой. Хорошо пригнанную пробку завязывают вошанкой и клеенкой и заливают парафином. Баночку укладывают в вату или стружки и упаковывают в коробку или ящик. Если пересылка должна продолжаться 1—2 суток, кусочек после фиксации можно извлечь из банки, завернуть не туго, не деформируя тканей, в несколько слоев марли и ваты, пропитанных 10% формалином. Затем кусочек заворачивают в вошаную бумагу или клеенку и упаковывают.

4. Документация. К материалу, направляемому для патогистологического исследования, должен быть приложен документ по следующей форме: а) название лечебного учреждения (откуда направляется материал); б) фамилия, имя и отчество больной; в) возраст больной; г) пол; д) откуда взят кусочек; е) клинический диагноз; ж) краткие клинические сведения; з) дата взятия материала; и) подпись врача.



По гистологическому строению встречаются две разновидности рака шейки матки: 1) *плоскоклеточный рак* и 2) *цилиндроклеточный*. Среди плоскоклеточных раков шейки матки различают два вида — ороговевающий и неороговевающий. Плоскоклеточные раки развиваются из многослойного плоского эпителия, который выстилает

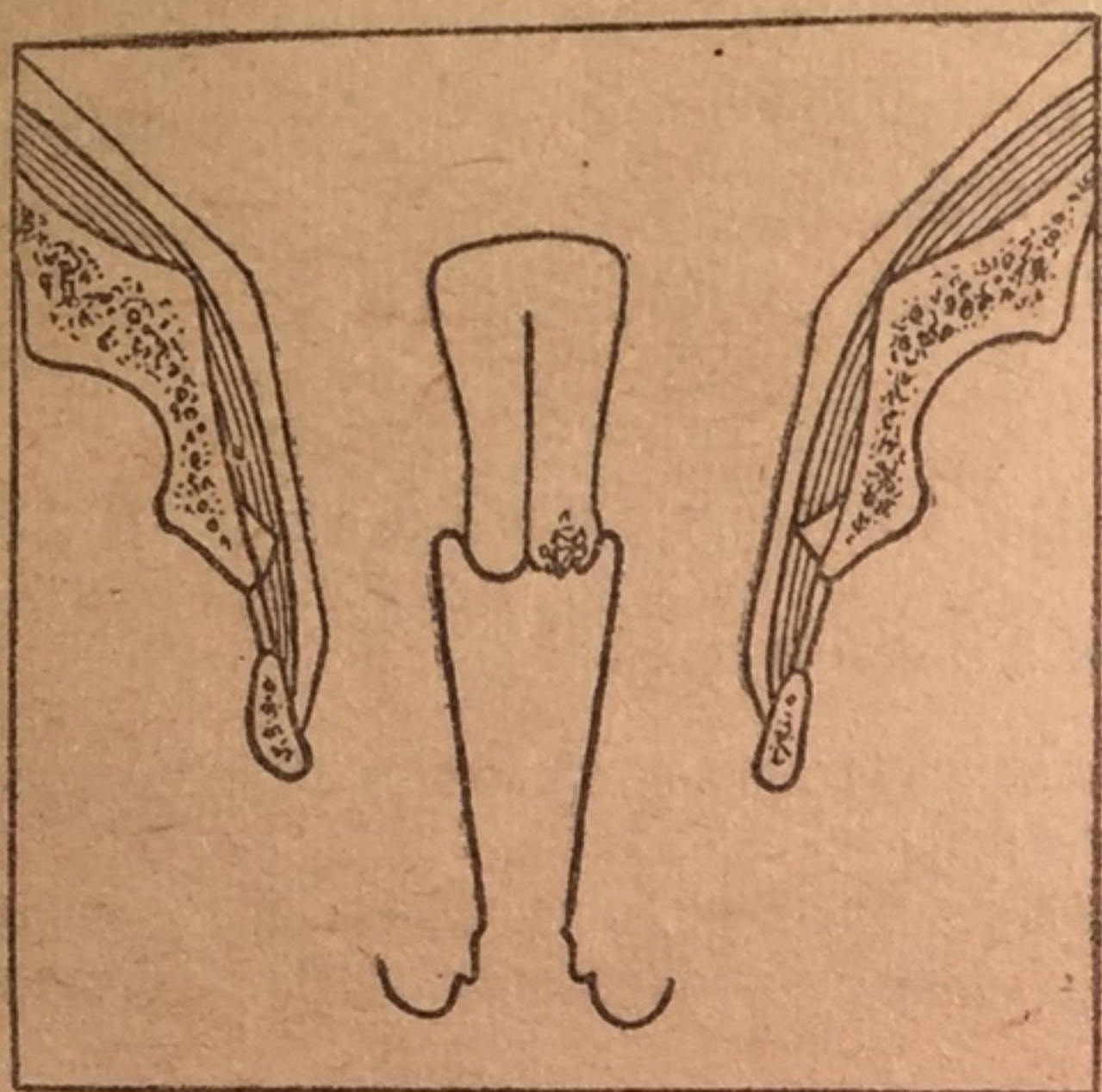


Рис. 100. Стадия I. Тип «маленькая язва». Поражение ограничивается шейкой матки.

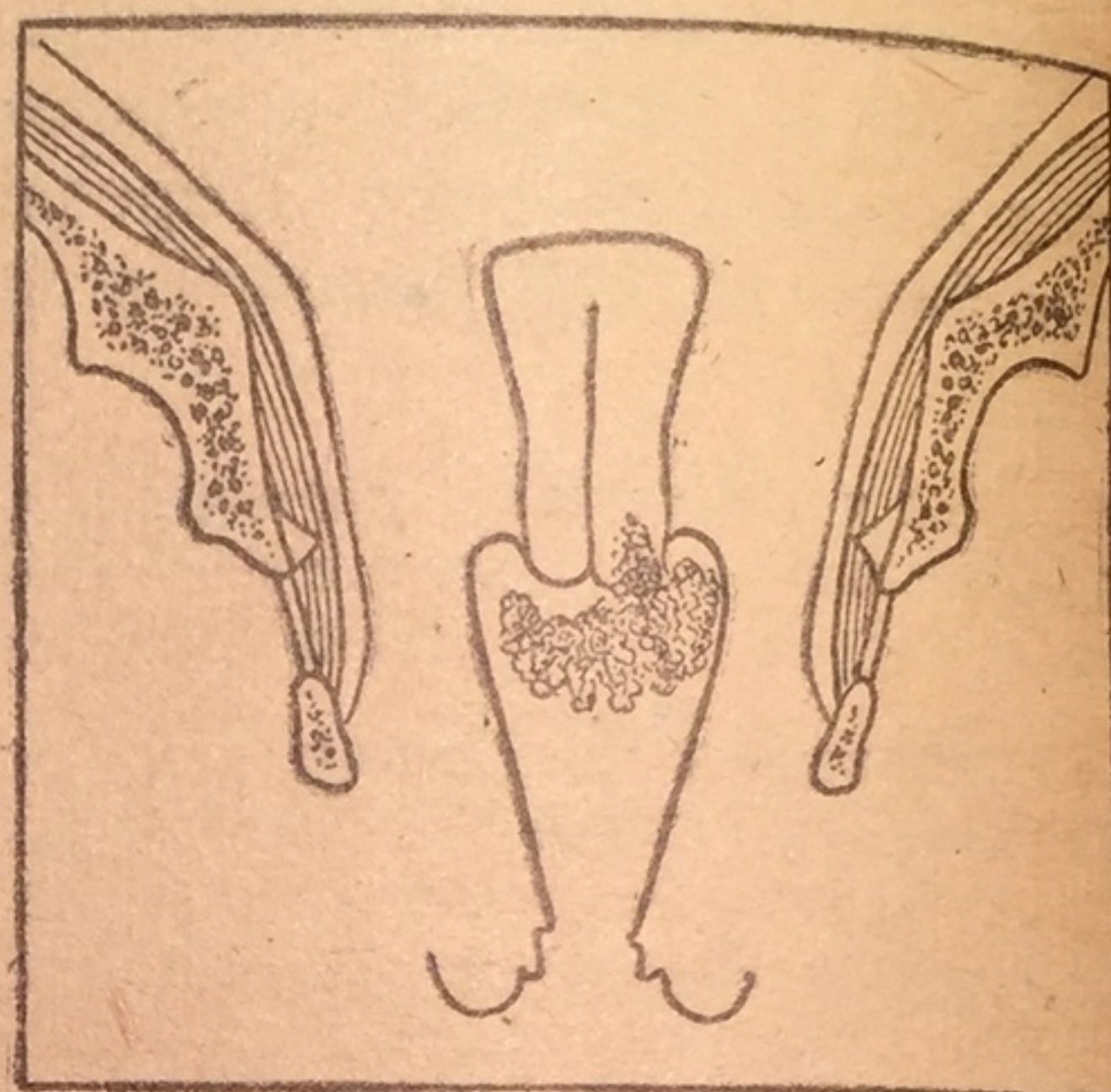


Рис. 101. Стадия I. Тип «цветная капуста». Поражение ограничивается шейкой матки.

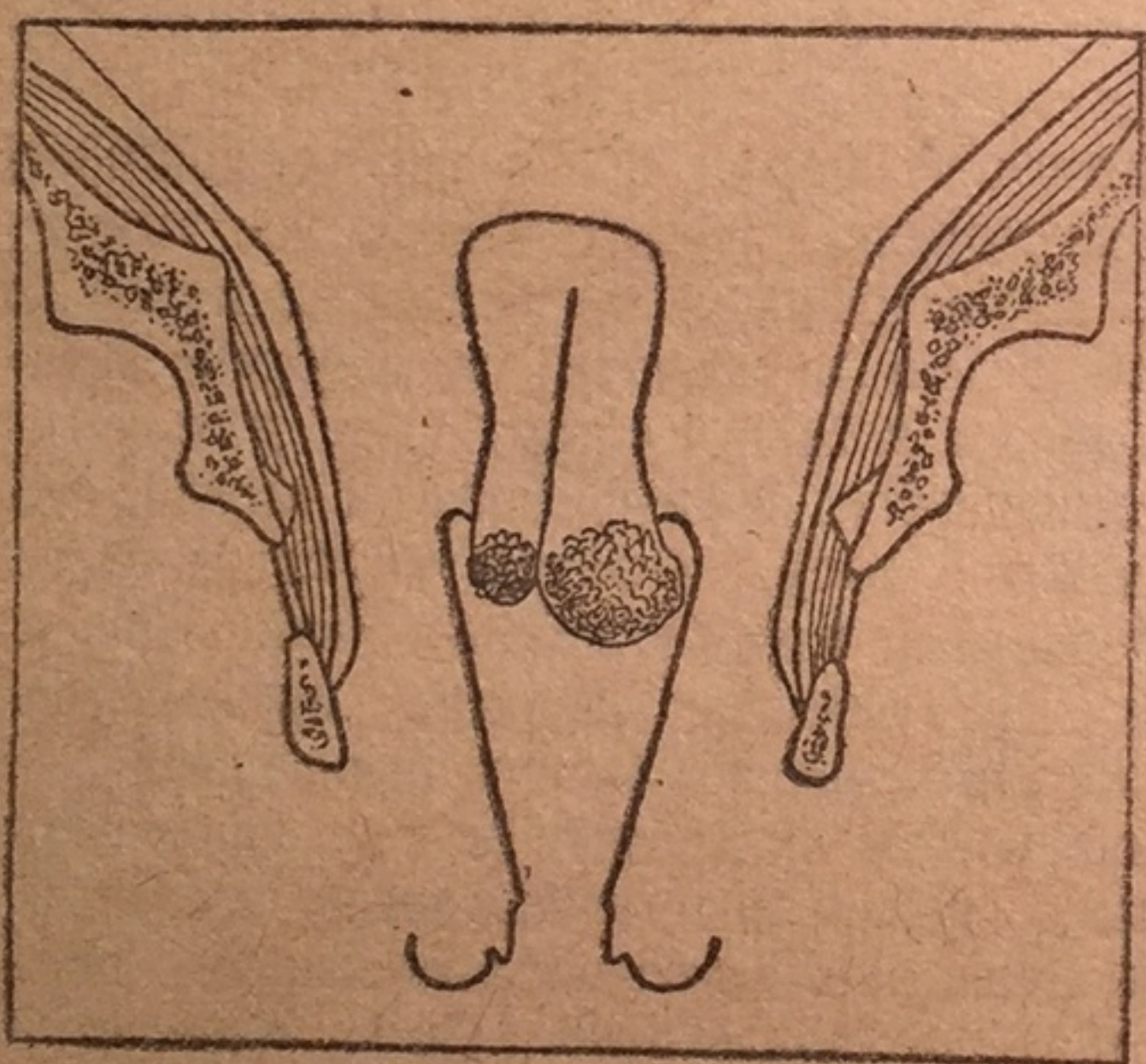


Рис. 102. Стадия I. Тип «жесткая бугристая шейка матки». Поражение ограничивается шейкой матки.

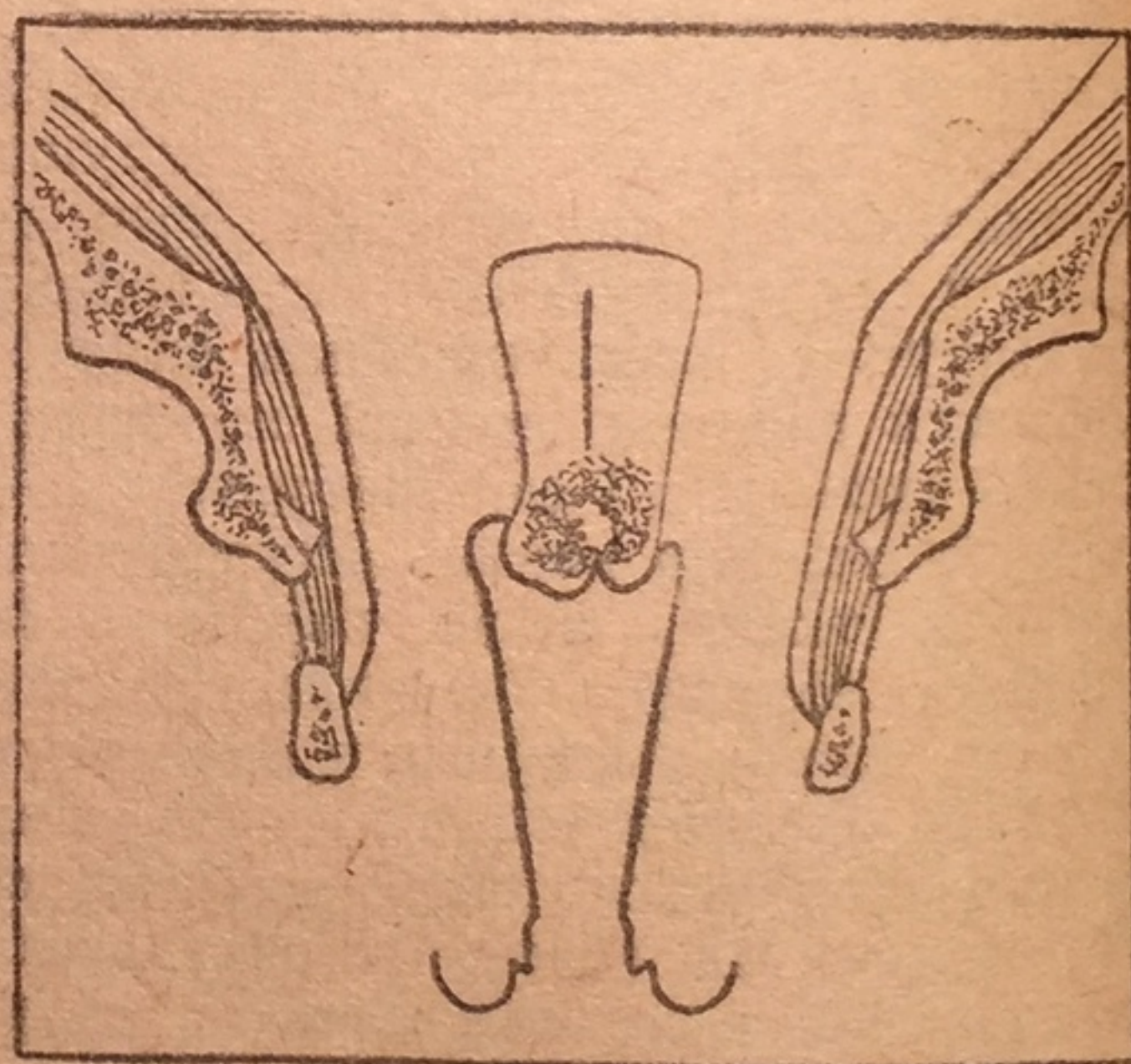


Рис. 103. Стадия I. Тип «внутренний кратер». Поражение ограничивается шейкой матки.

слизистую оболочку влагалищной части шейки матки, цилиндрический рак (аденокарцинома) развивается из цилиндрического эпителия, выстилающего слизистую оболочку цервикального канала.

В зависимости от распространения опухоли на окружающие ткани и органы рак шейки матки делят на четыре стадии. Клиническая классификация, предусматривающая такое деление, принята в международном масштабе.

Каждая стадия распространения опухолевого процесса имеет свои клинически определяемые особенности (рис. 100—116).

I стадия. Рак  
II стадия. I.  
на обеих сторонах,  
вариант). 2. Рак

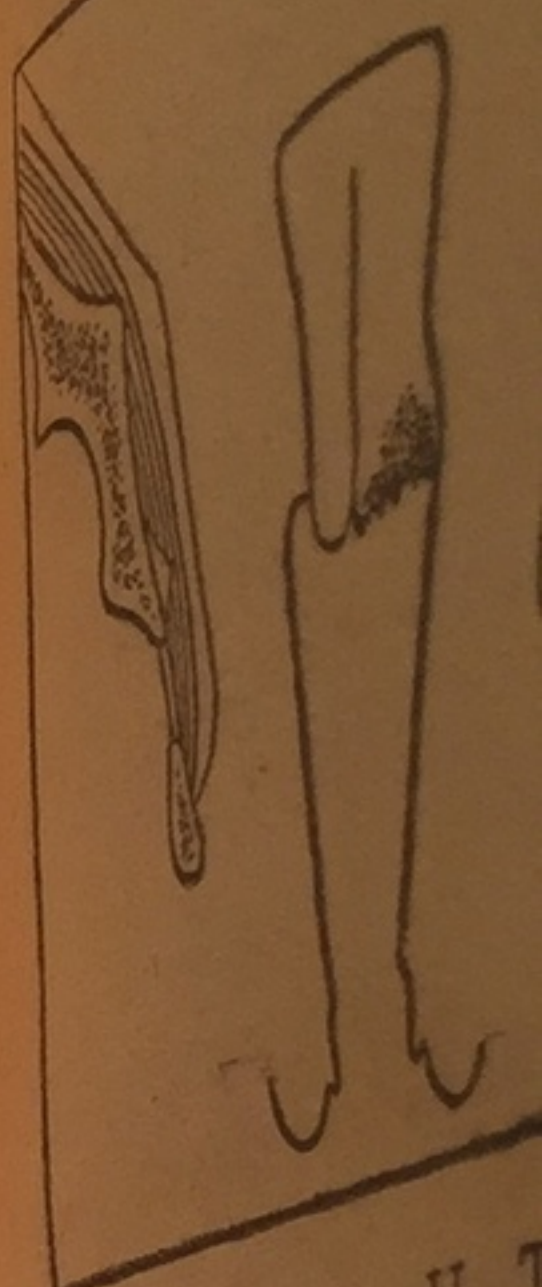


Рис. 104. Стадия II. Тип «кишечный кратер». Опухоль на левый свод влагалища.

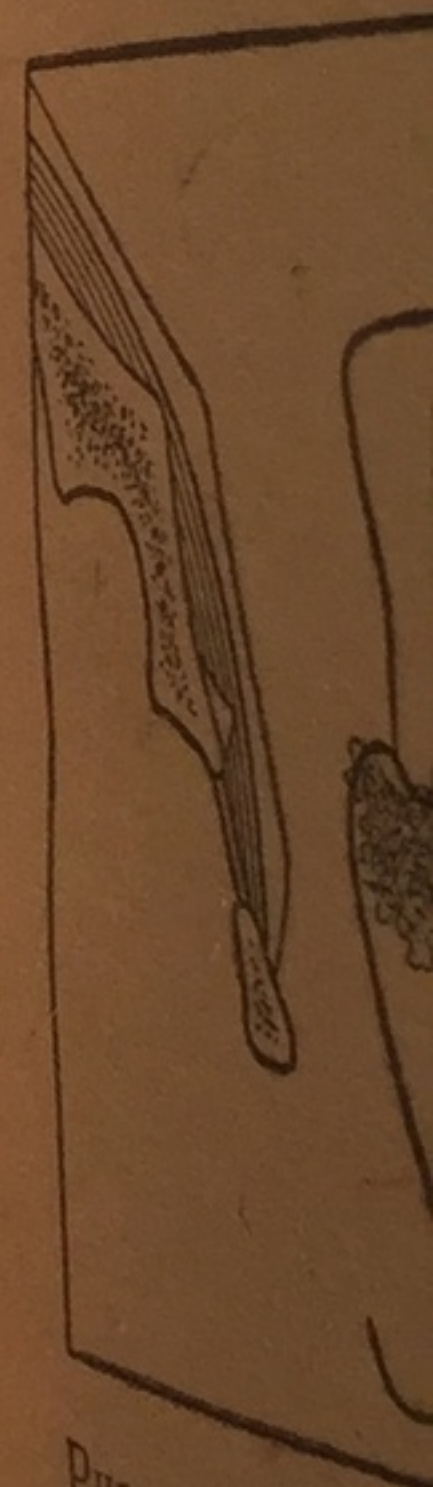


Рис. 106. Стадия II. Тип «цветная капуста». Опухоль на левый свод влагалища.

нижнюю треть  
цервикальный,  
риант).

III стадия. Рак  
на обеих сторонах  
стенкой нет  
нижнюю треть вл



I стадия. Рак строго ограничен шейкой.

II стадия. 1. Рак инфильтрирует параметрий на одной или на обеих сторонах, не переходя на стенку таза (параметральный вариант). 2. Рак инфильтрирует влагалище, не переходя на

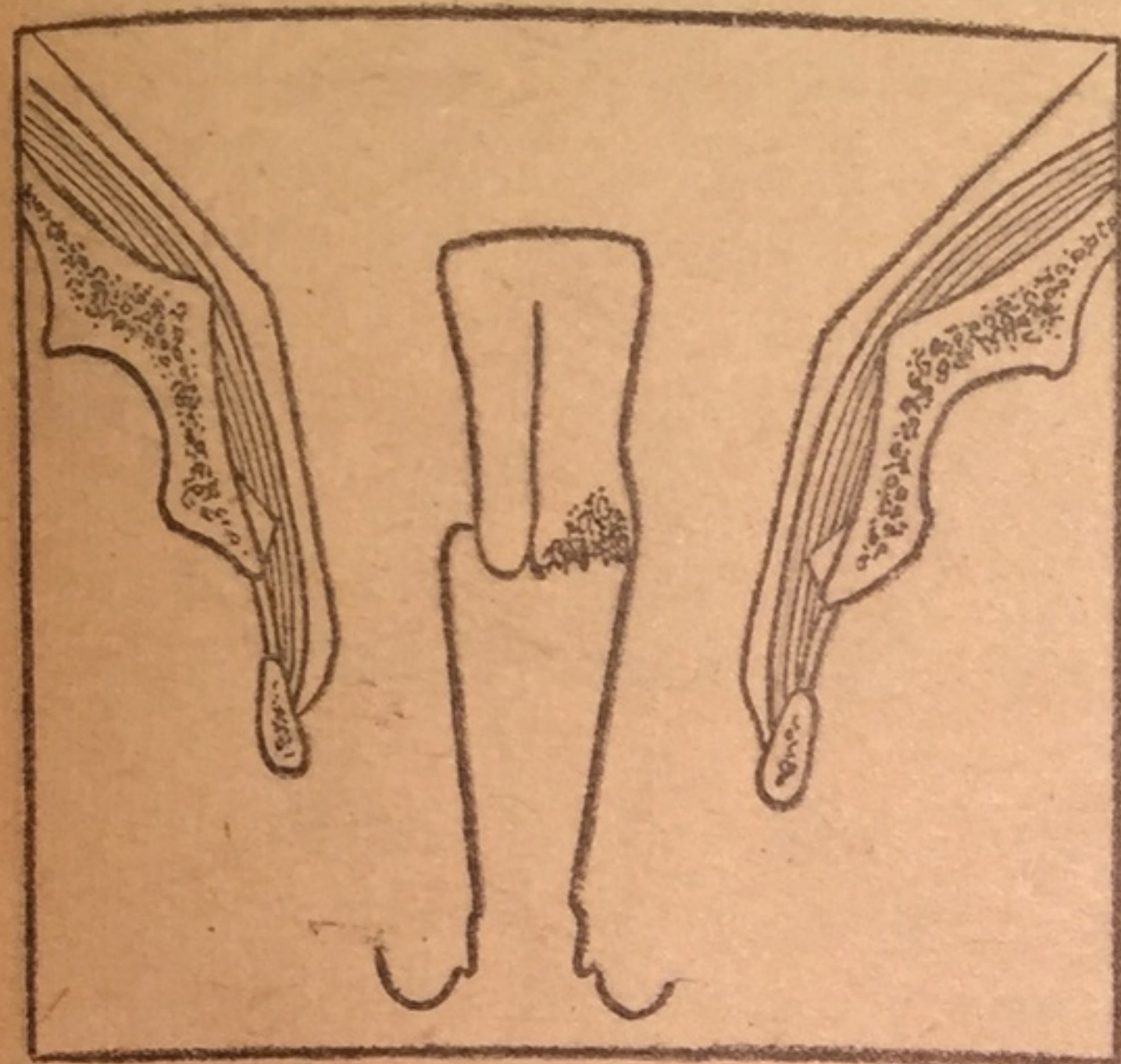


Рис. 104. Стадия II. Тип «маленький кратер». Опухоль переходит на левый свод влагалища.

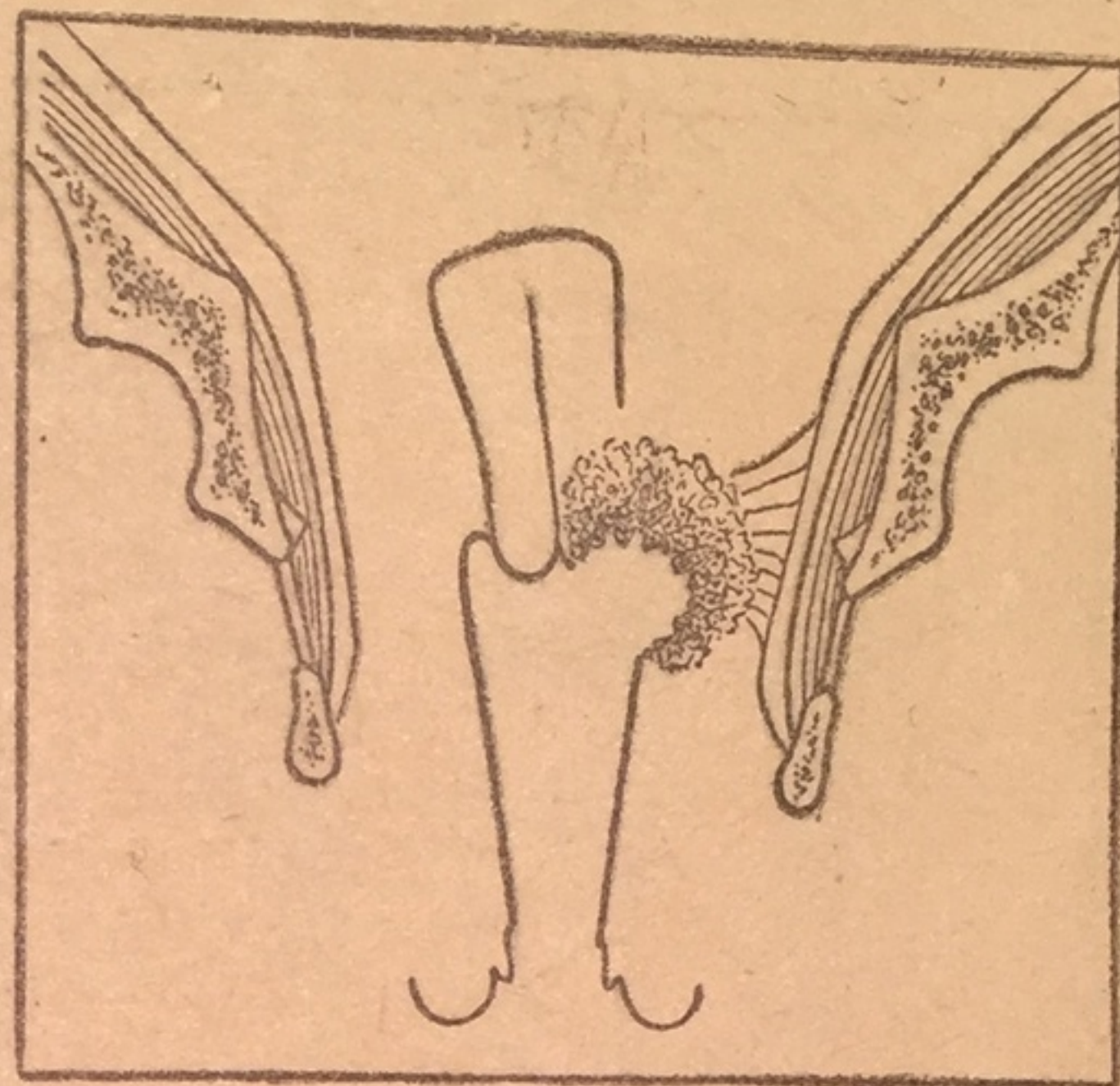


Рис. 105. Стадия II. Тип «кратера». Опухоль слева инфильтрирует параметрий, не переходя, однако, на стенку таза, и одновременно захватывает верхнюю часть влагалища.

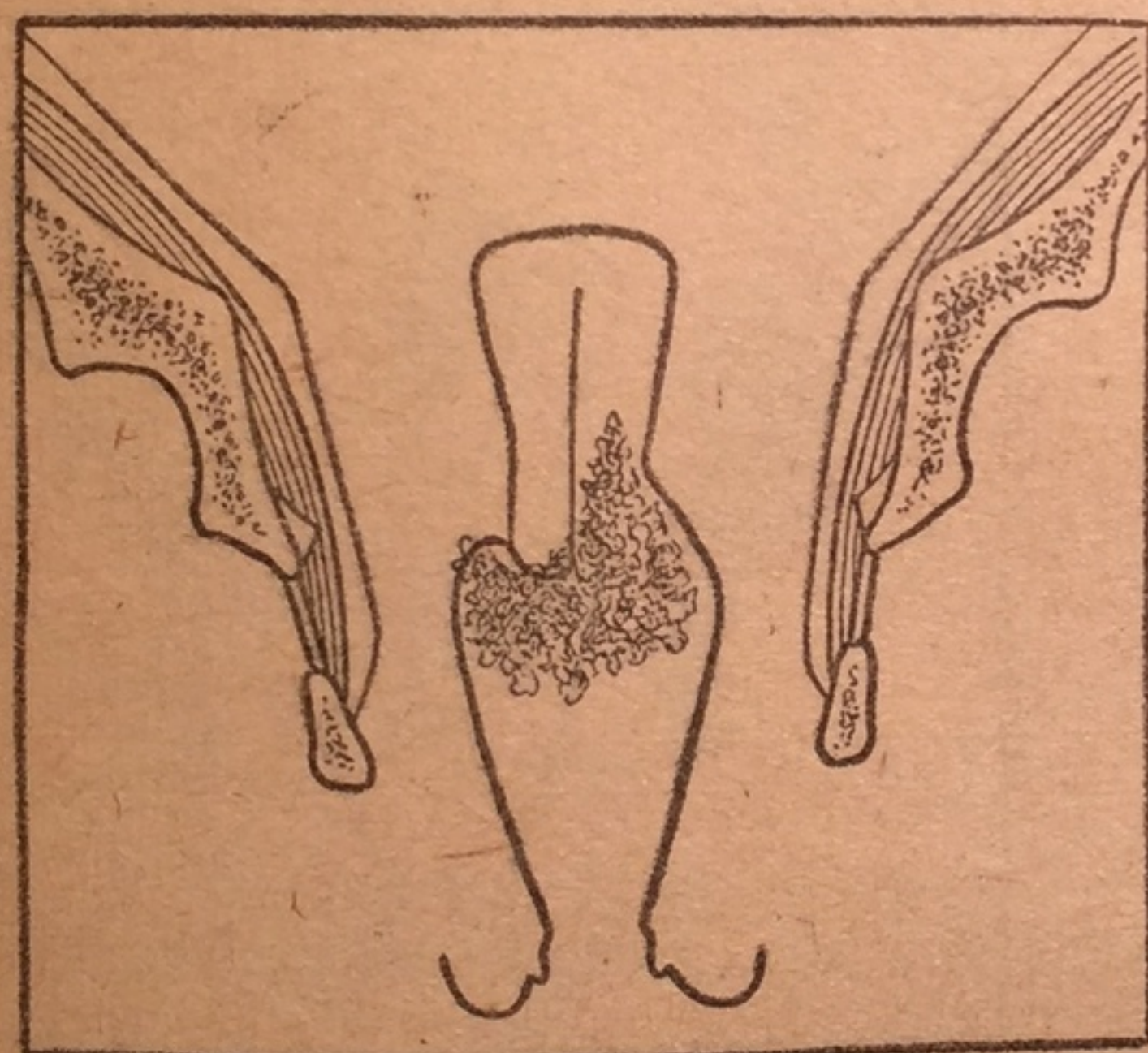


Рис. 106. Стадия II. Тип «цветная капуста». Опухоль захватывает свод влагалища.

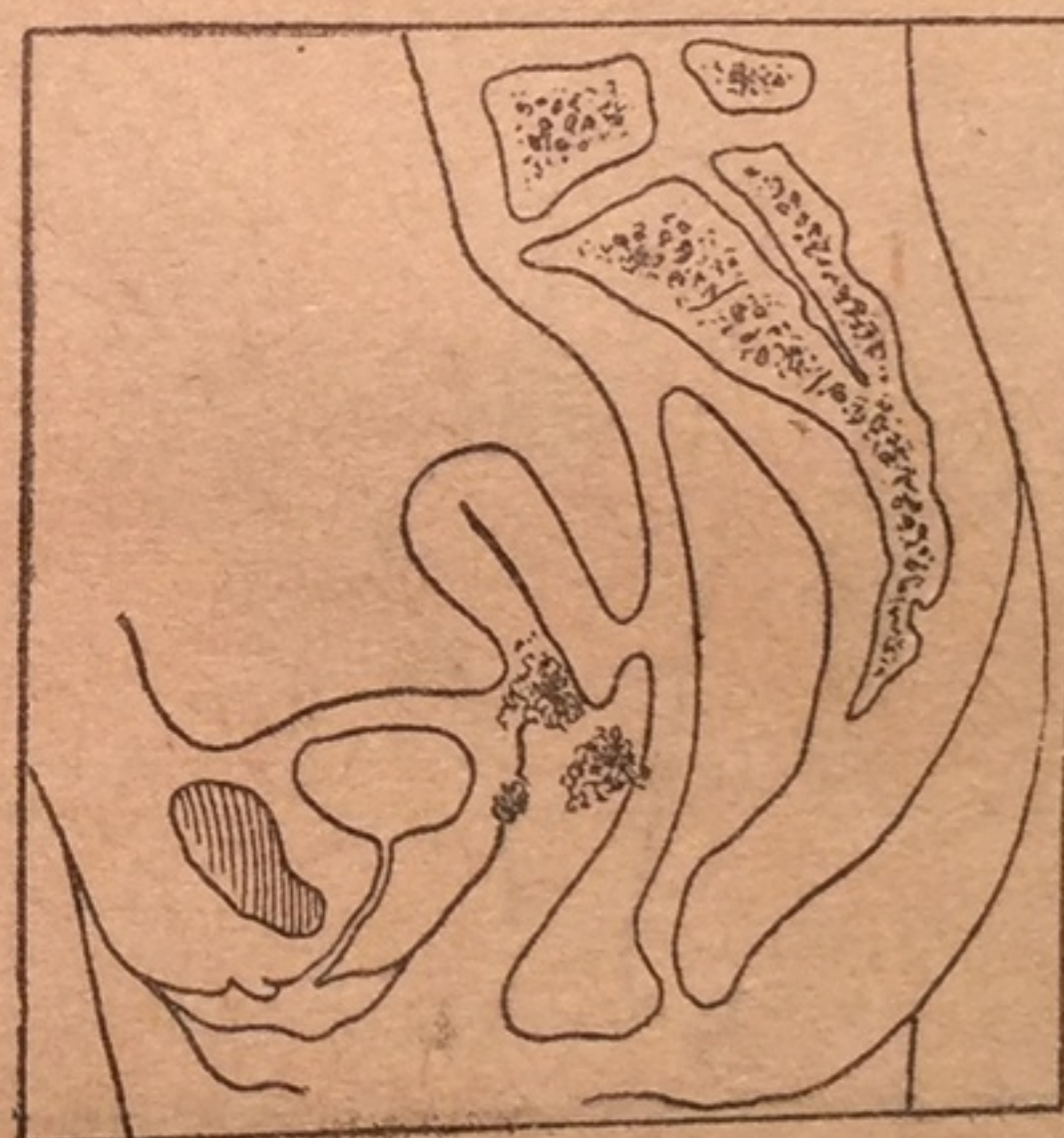


Рис. 107. Стадия II. Тип «цветная капуста передней губы шейки и задней стенки влагалища».

нижнюю треть влагалища (вагинальный вариант). 3. Рак эндометриальный, переходящий на тело матки (маточный вариант).

III стадия. 1. Карциноматозная инфильтрация на одной или на обеих сторонах перешла на стенку таза. При ректальном исследовании нет свободного от рака промежутка между опухолью и стенкой таза (параметральный вариант). 2. Рак переходит на нижнюю треть влагалища (вагинальный вариант). 3. Изолированные



метастазы прощупываются у стенки таза при относительно малом первичном раке шейки матки (изолированные тазовые метастазы).

IV стадия. 1. Рак переходит на мочевой пузырь, что подтверждается цистоскопически или наличием свища. 2. Рак перехо-

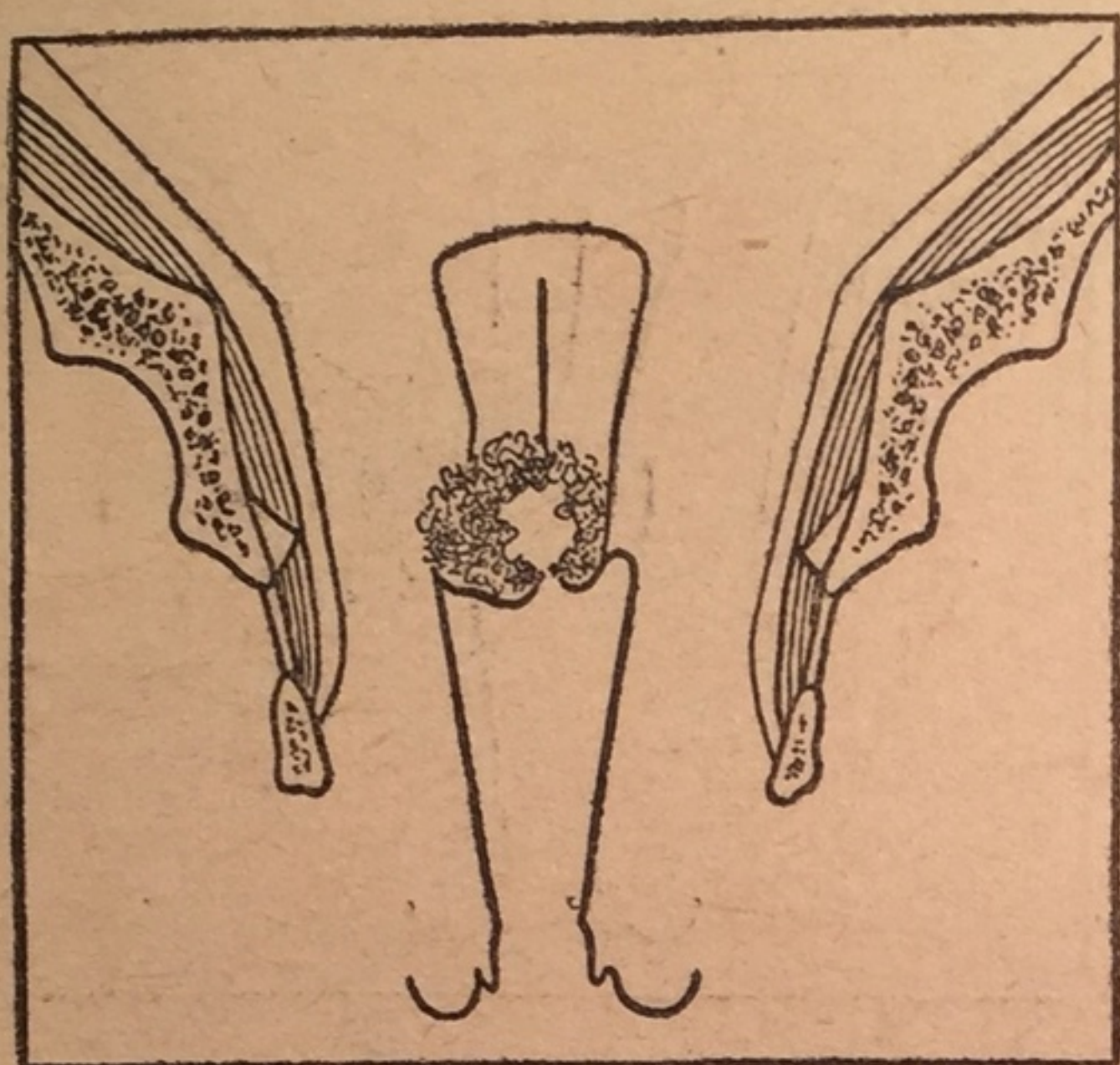


Рис. 108. Стадия II. Тип «внутренний кратер». Опухоль несколько инфильтрирует параметрий.

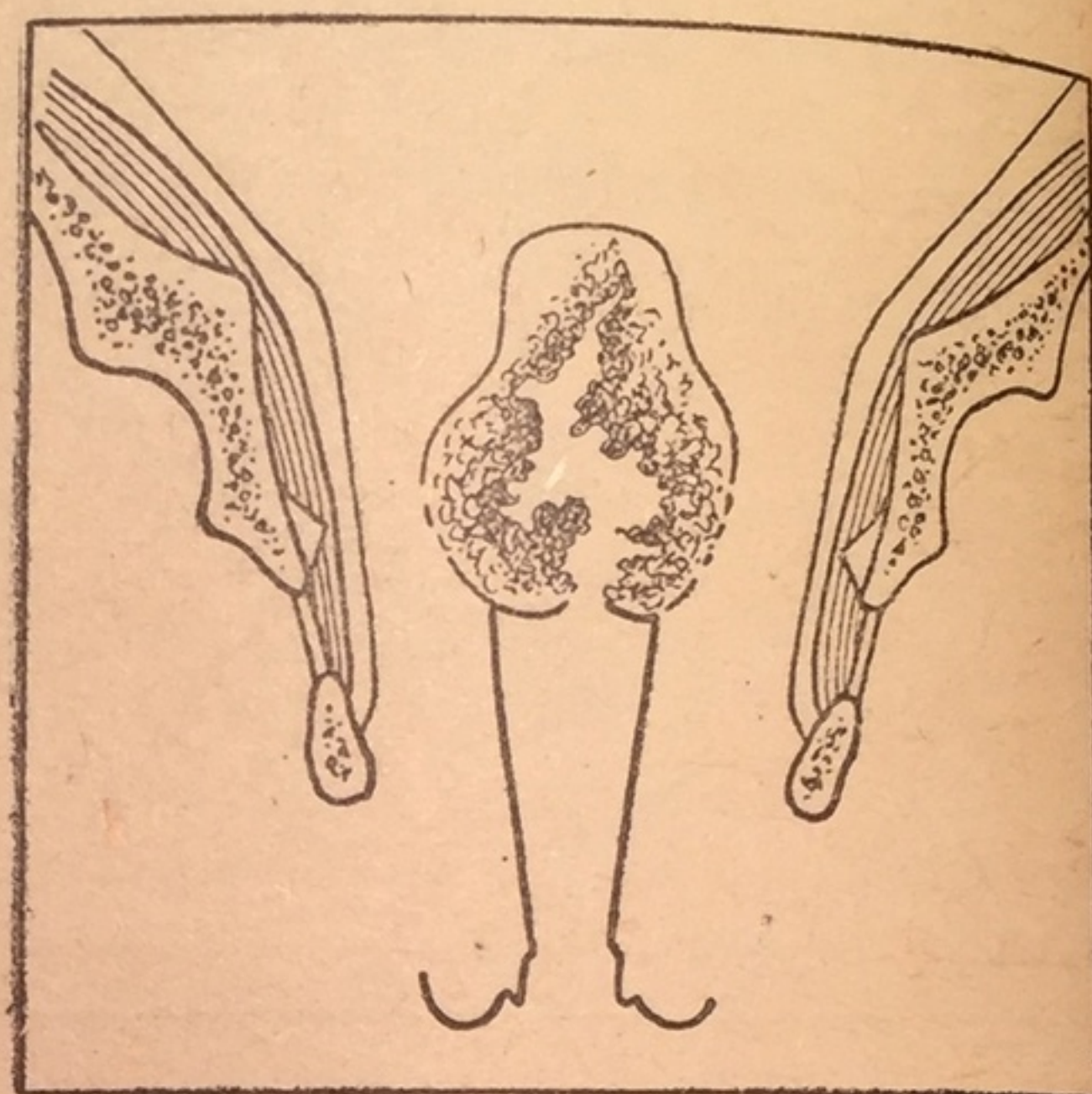


Рис. 109. Стадия II. Тип «внутренний кратер», переходящий на тело матки.

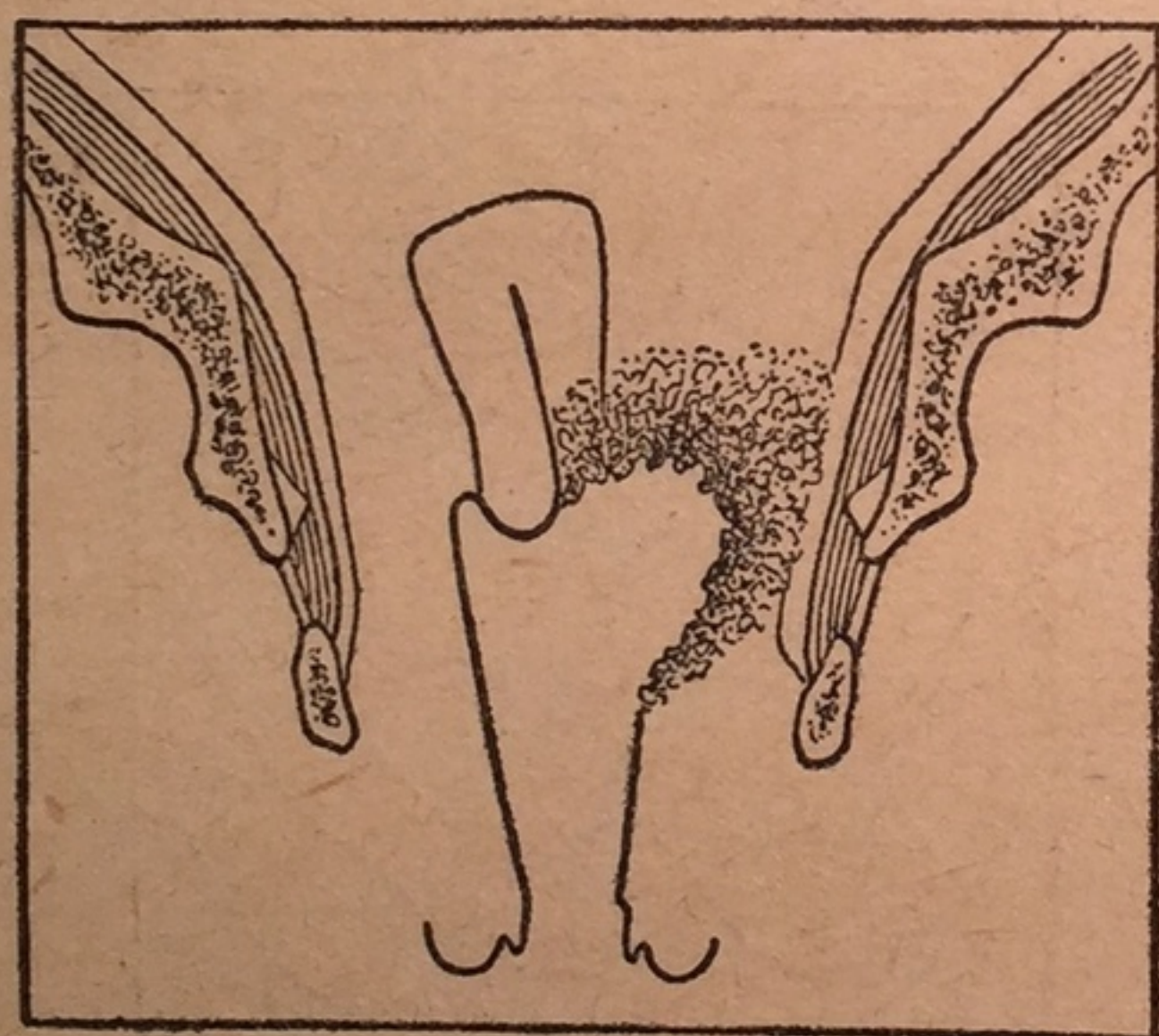


Рис. 110. Стадия III. Тип «кратер». Параметрий широко инфильтрирован слева. Раковая инфильтрация переходит на стенку таза. Поражена верхняя часть влагалища.



Рис. 111. Стадия III. Тип «кратер с обширной подслизистой инфильтрацией стенки влагалища» и небольшим папилломатозным узлом в начальной части влагалища.

дит на прямую кишку. 3. Рак переходит за границу малого таза (вне входа во влагалище, над входом в таз, дистальные метастазы).

Примечания. 1. При установлении стадии ничто, кроме фактов, выявленных исследованием, не должно приниматься во внимание.

2. Стадия заболевания устанавливается до начала лечения и остается на все время.

3. При сомнении, к какой стадии отнести случай, нужно брать более раннюю.

4. Тот факт, что в характеризирующих установление стадии.

Прилагаемые схемы рис. 100—116 Дифференцирование рака шейки матки. Саркома шейки матки. Встречается и имеет обычно вид разрастаний. Саркома чаще развивается матки.

Гораздо чаще к неправильному дападающиеся полипы

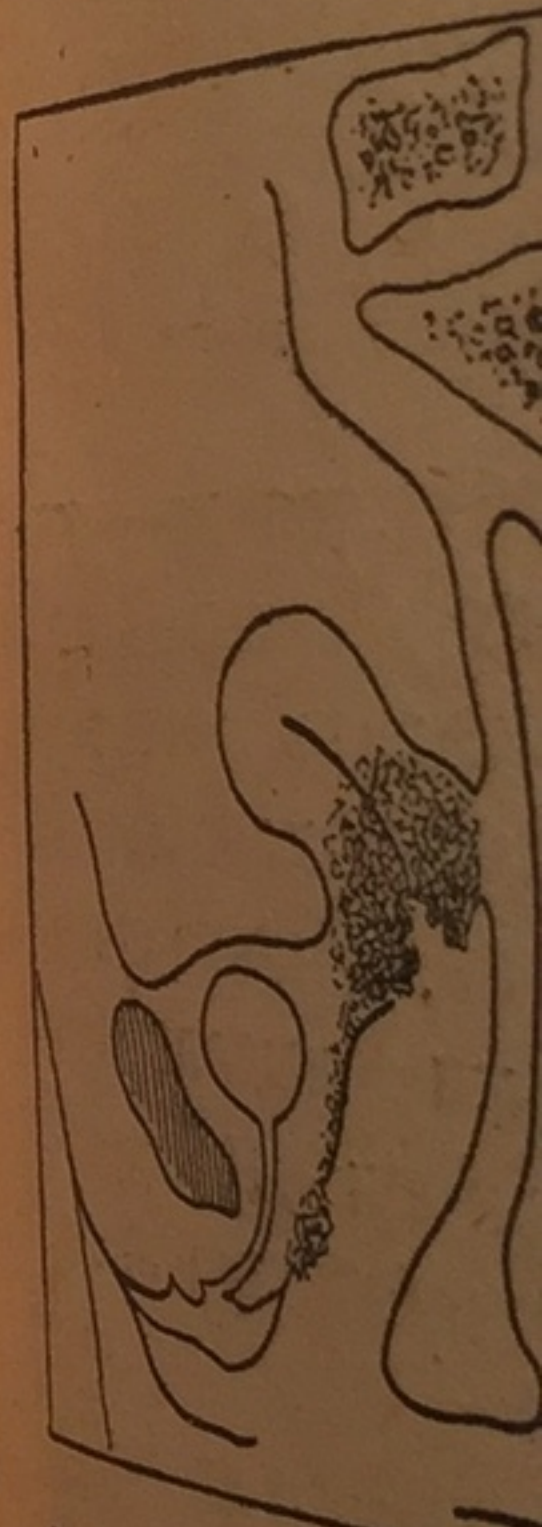


Рис. 112. Стадия III. Инфильтрация влагалища в не

принимается за миома имеет вид пальцем, введенное отсутствие злокачественности. Из других признаков могут быть аденомы и констатация эпителиальных даются редко.



4. Тот факт, что в том или ином случае имеются два или более условий, характеризующих какую-нибудь определенную стадию, не должен влиять на установление стадии.

Прилагаемые схемы наглядно иллюстрируют различные варианты распространения опухоли шейки матки по стадиям (см. схемы рис. 100—116).

**Д и ф е р е н ц и а л ь н а я д и а г н о с т и к а.** При диагностике рака шейки матки нужно иметь в виду возможность следующих заболеваний.

**Саркома шейки матки.** Встречается крайне редко и имеет обычно вид гроздевидных разрастаний. Саркома значительно чаще развивается в теле матки.

Гораздо чаще дают повод к неправильному диагнозу распадающиеся полипы и миомы,

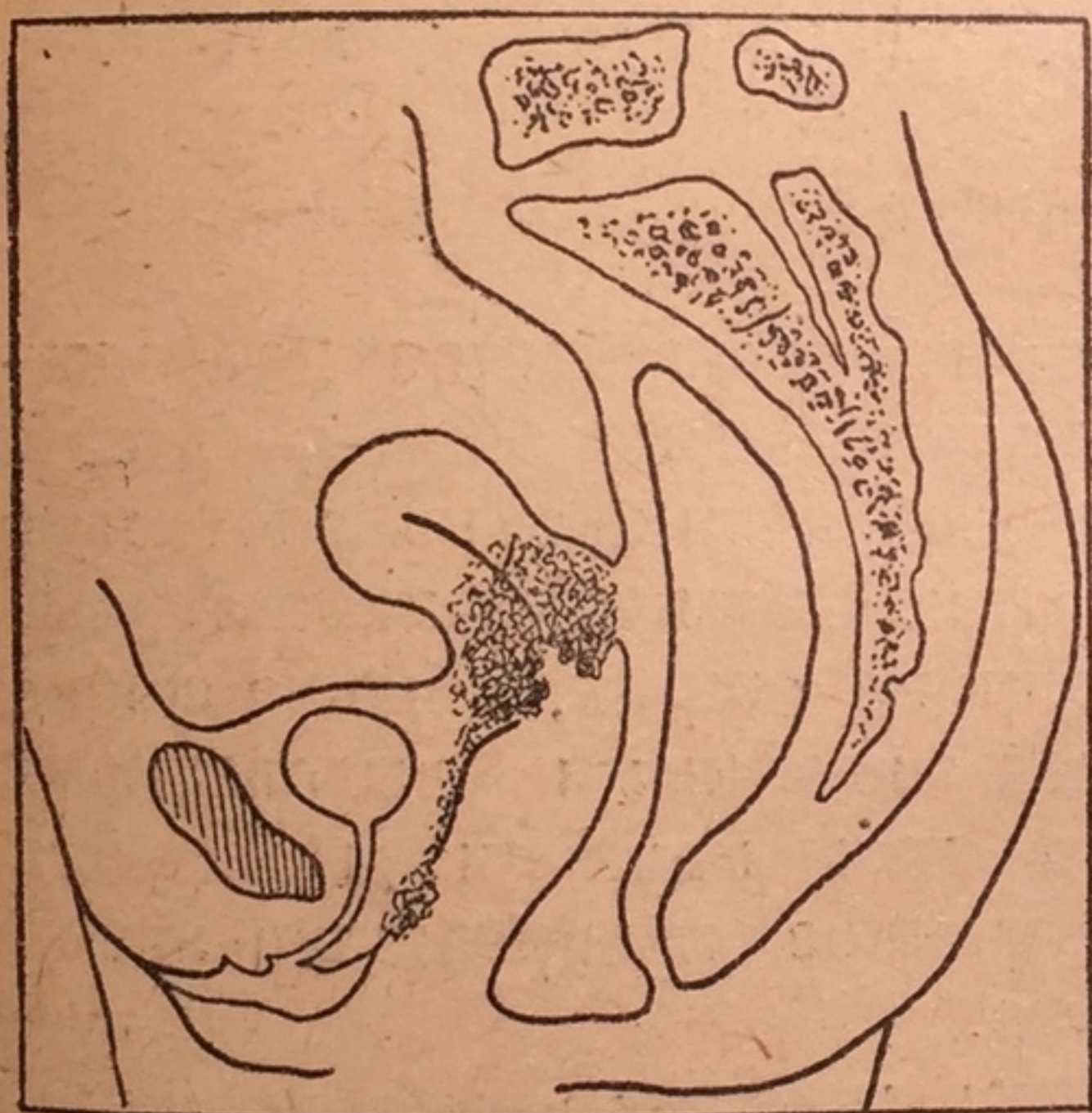


Рис. 112. Стадия III. Подслизистая инфильтрация влагалища и узел в нем.

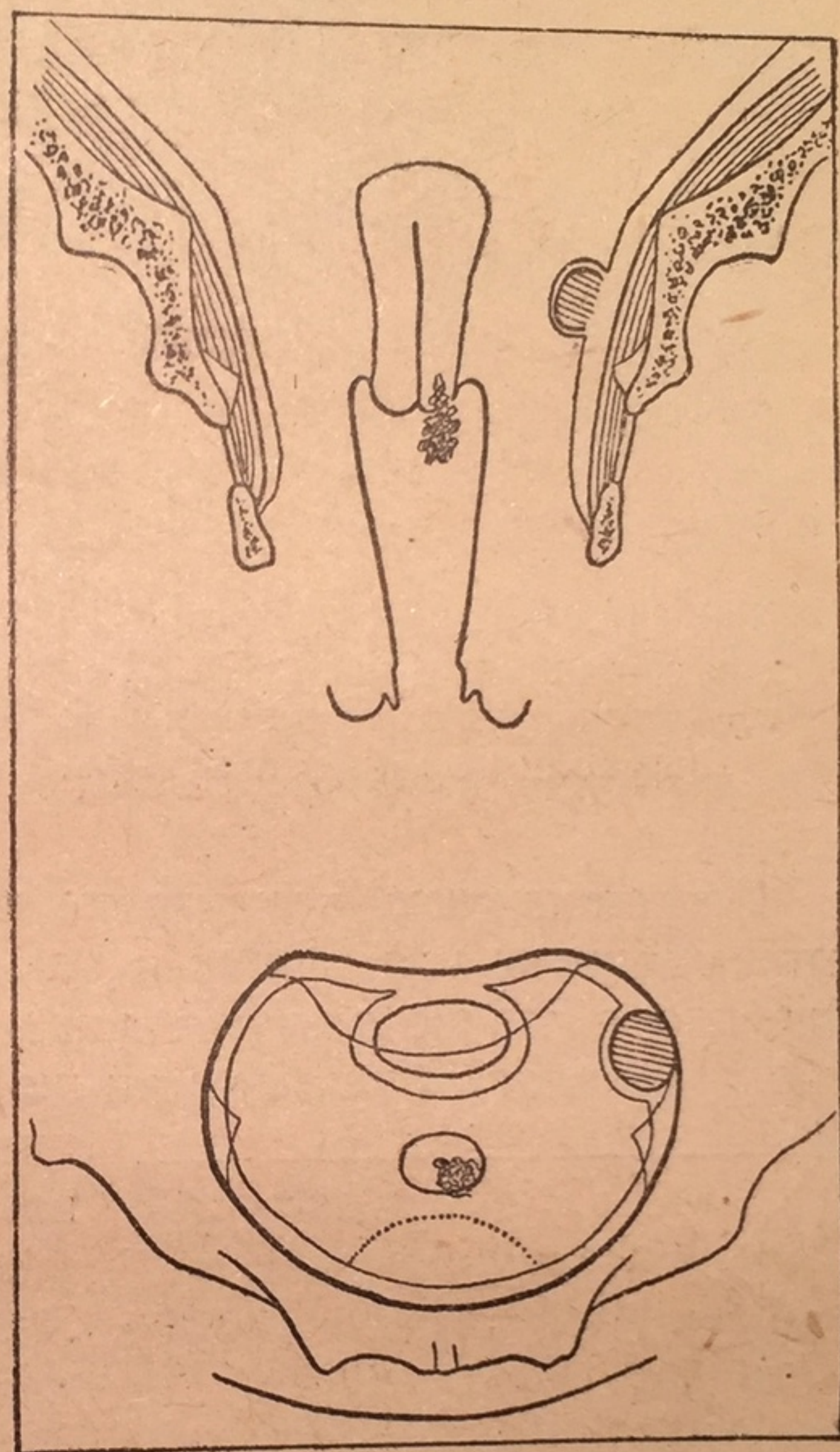


Рис. 113. Стадия III. Тип «изолированный тазовый метастаз». Ограниченное поражение шейки.

принимаемые за раковые опухоли. Легче ориентироваться, если миома имеет вид полипа на ножке, которую легко определить пальцем, введенным в расширенный цервикальный канал. Впрочем, отсутствие злокачественного превращения в таком полипе может быть установлено только гистологическим исследованием.

Из других разрастаний на шейке матки повод к неправильному диагнозу могут дать аденоматозные разрастания (доброкачественные аденомы и кондиломы).

Аденоматозные разрастания, которые относятся к доброкачественным эпителиальным гиперплазиям, на шейке матки наблюдаются редко. Хотя шейка матки в таких случаях имеет весьма



подозрительный вид, но при ощупывании не ощущается характерного затвердения. Окончательный диагноз устанавливается биопсией, которая в таких случаях является обязательной.

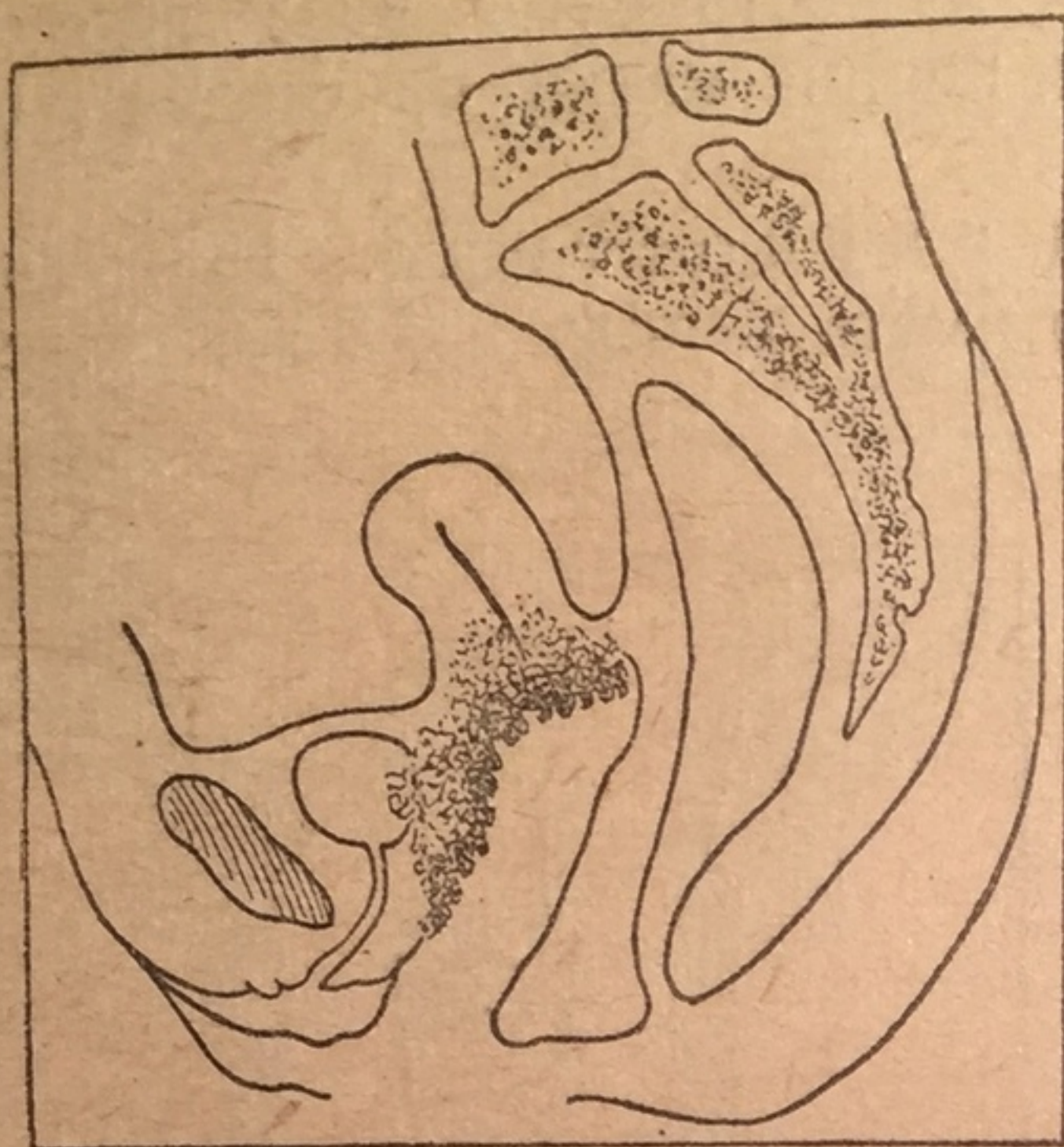


Рис. 114. Стадия IV. Большой кратер с обширным поражением почти всей стенки влагалища и переходом опухоли на мочевой пузырь.

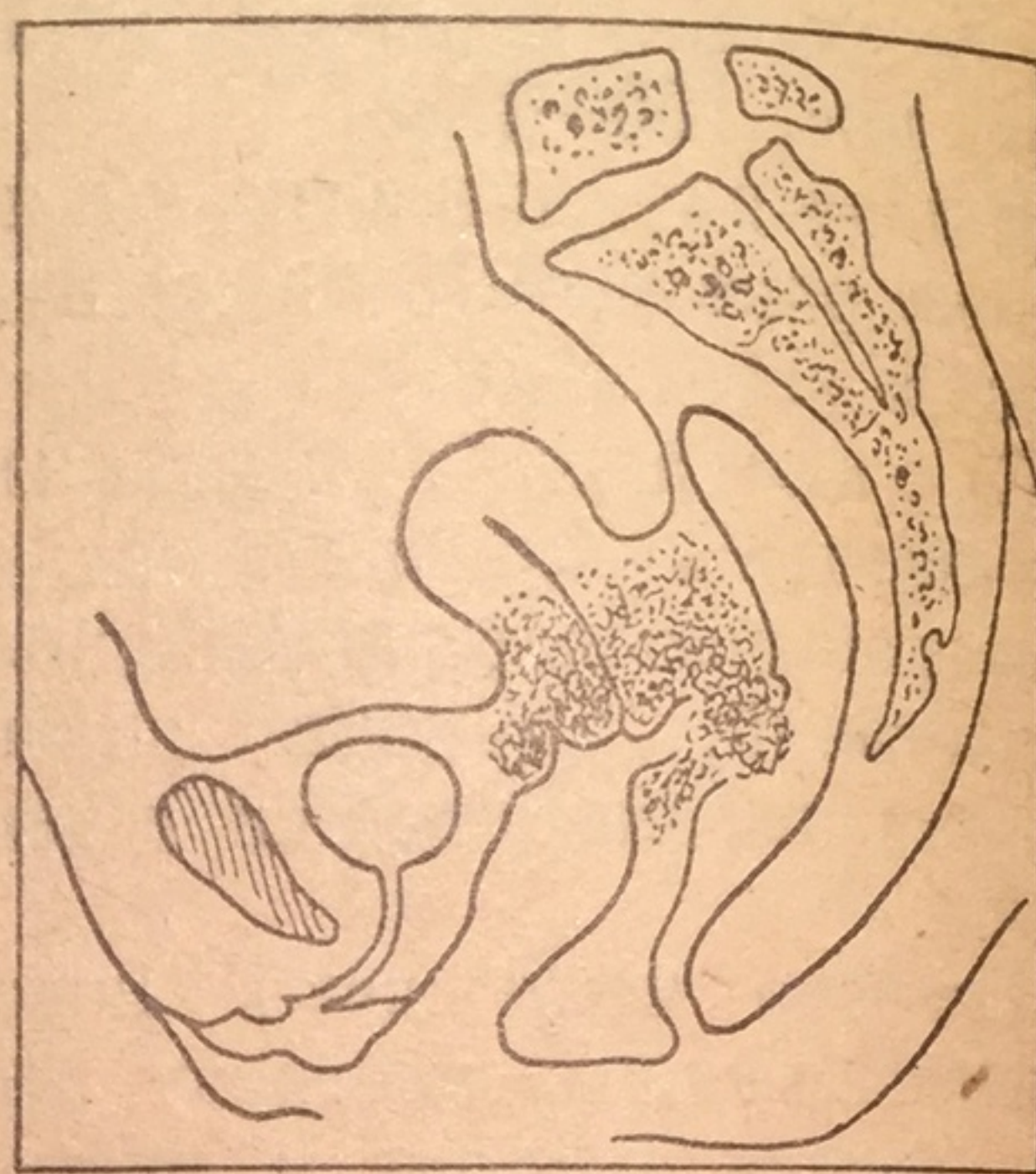


Рис. 115. Стадия IV. Опухоль переходит на переднюю стенку прямой кишки.

Остроконечные кондиломы чаще всего развиваются на слизистой оболочке влагалища и на коже наружных половых органов и нередко в таких случаях распространяются также на слизистую оболочку влагалищной части шейки матки. Они имеют характерный

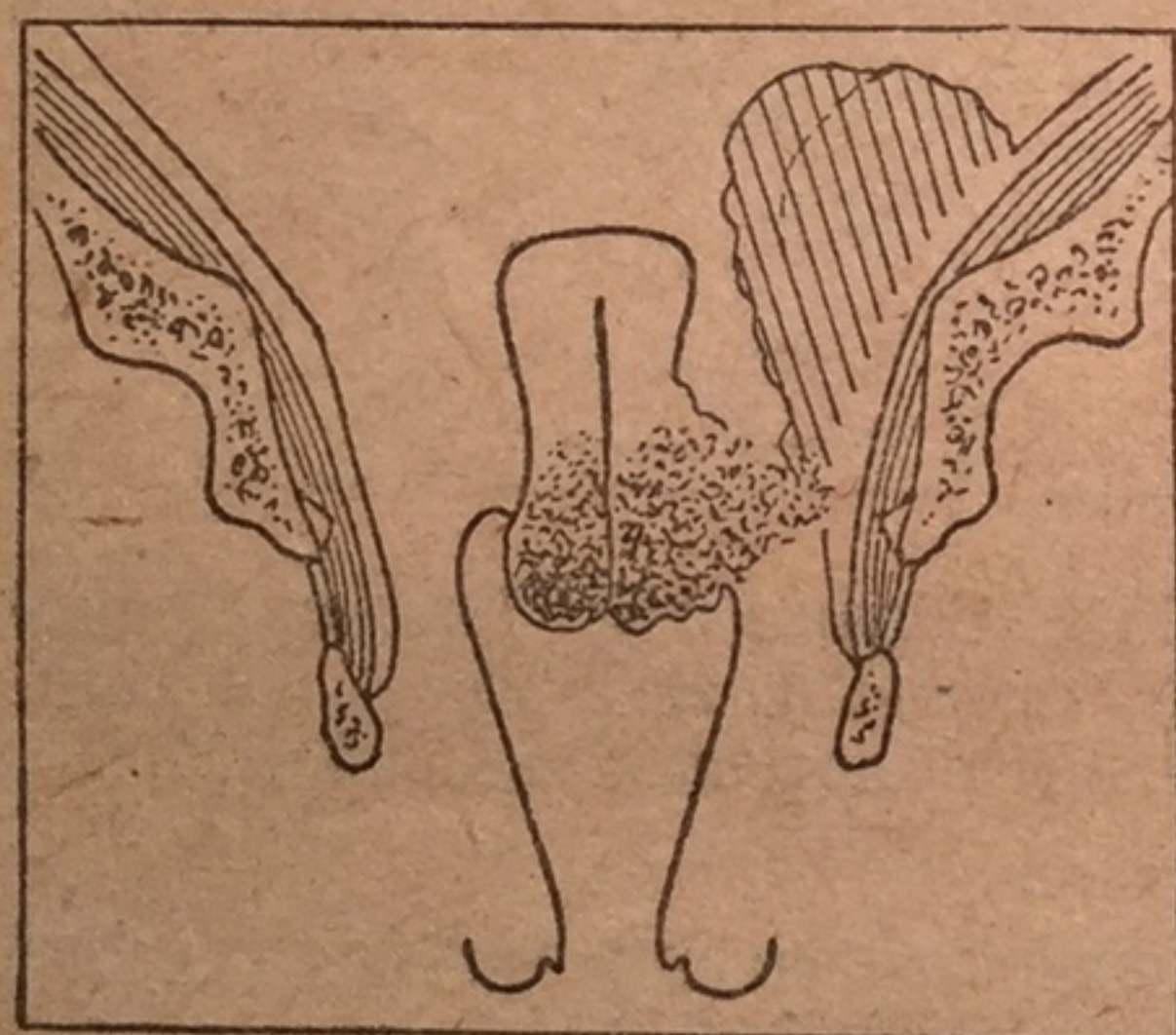


Рис. 116. Стадия IV. Плотная бугристая опухоль шейки с большим метастатическим пакетом лимфатических узлов в тазе.

вид, мягки на ощупь, обычно сопровождаются гнойными выделениями (особенно при наличии гонорреи). Злокачественное превращение наступает редко.

Наконец, нужно иметь в виду возможность эндометриоза шейки матки, что наблюдается чрезвычайно редко.

Твердый шанкр шейки матки очень похож на начальную форму рака шейки матки, но встречается редко.

Расположение твердого шанкра по отношению к маточному зеву чаще эксцентричное, хотя не исключается возможность образования сифилитической язвы в виде эрозии, кольцевидно

окружающей маточный зев. Характерными признаками сифилитического поражения шейки матки являются округлая, правильной формы язва с гладким «сальным» дном, резко ограниченная «пергаментная» плотность язвы. Регионарный склераденит, вторичные сифилитические явления, нахождение в отделяемом язвы спирохет,



положительная реакция Вассермана подтверждают диагноз заболевания. В сомнительных случаях необходима биопсия.

Туберкулез шейки матки также встречается очень редко. Обычно он описывается или в виде язвы с подрывными краями и неровным дном: по периферии и на дне язвы заметны сероватые узелки (неизъязвившиеся бугорки). Туберкулез шейки наблюдается также в виде поверхностной эрозии, отличающейся от обычной эрозии своеобразной мелкой крапчатостью желтоватого цвета; кровоточивость при туберкулезе шейки матки незначительная.

Как показывает практика, поводом к ошибочному диагнозу рака шейки матки в некоторых случаях является наличие большого количества кистозных образований (ovula Nabothii), особенно на фоне обширного эктропиона. Однако при исследовании пальцем эти мелкие кистозные образования прощупываются в виде гладких бугорков и не дают ощущения сплошной инфильтрации ткани, как это бывает при раке. При осмотре с помощью зеркал отчетливо видны небольшие бугорки, обычно без изъязвления на их поверхности. Если такой бугорок проколоть, то из него вытекает прозрачная слизь (рис. 117).

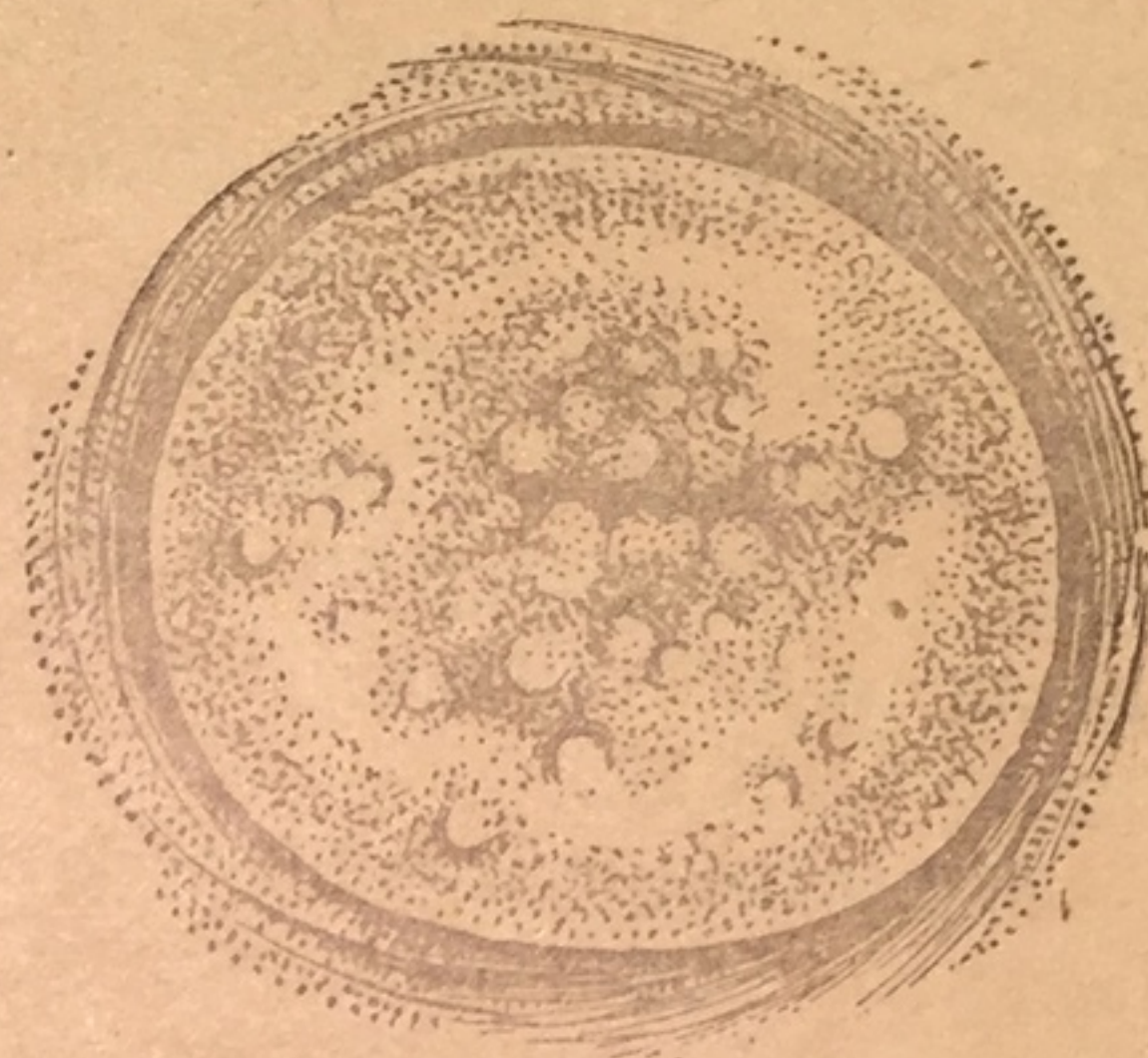


Рис. 117. Ovula Nabothii.

### Лечение

В настоящее время можно считать твердо установленным, что без применения лучистой энергии рак шейки матки лечить нельзя, что для большинства больных этот метод лечения является единственно рациональным. Вопрос же о применении операции (до или после лечения лучистой энергией) должен решаться в зависимости от специальных показаний и целого ряда условий в отношении той или иной больной. Таким образом, методы оперативный и лучевой не являются конкурирующими, сочетание же этих методов в некоторых случаях является необходимым и наиболее эффективным.

Если применяется хирургический метод лечения рака шейки матки, то после произведенной операции больная обязательно должна подвергаться дополнительному лучевому лечению. Обычно в таких случаях ограничиваются облучением области таза рентгеновскими лучами, хотя в отдельных случаях по специальным показаниям применяется и радиевая терапия.

Применение хирургического метода лечения рака шейки матки с последующей рентгенотерапией мы считаем целесообразным только при I стадии заболевания и лишь по особым показаниям — при II. Хирургический метод лечения осуществляется путем расширенной экстирпации матки с придатками, клетчаткой малого таза



и с заключенными в ней лимфатическими узлами. Во всех остальных случаях должна применяться лучевая терапия.

У больных, находящихся в IV стадии болезни, и лучевая терапия, как правило, не может быть осуществлена. В этих случаях возможно только симптоматическое лечение; если иногда у таких больных и применяется рентгенотерапия, то она также носит паллиативный характер (уменьшение кровотечений, уменьшение болей).

В I стадии рака шейки матки столь же рациональной и эффективной является лучевая терапия (рентгено-радиевая). В этих условиях выбор лечения в первую очередь определяется соответствующими показаниями и противопоказаниями к применению того или иного метода.

Комбинированное (оперативно-лучевое) лечение предпочтительно у больных молодого возраста и является показанным:

а) при пороках развития и заболеваниях наружных половых органов, когда это технически препятствует правильному проведению радиевой терапии (атрезия, стеноз или атрофия влагалища);

б) при осумкованных гнойно-воспалительных процессах в придатках, когда требуется одновременное применение и оперативного лечения;

в) при наличии одновременно опухолей придатков;

г) при наличии фибромиомы матки, имеющей противопоказания для лучевой терапии (подслизистая фибромиома, подсерозная на ножке и др., при которых применяется оперативное лечение);

д) при беременности;

е) при нечувствительных к лучевой терапии опухолях (что выявляется в процессе лечения), а также при быстро наступающих местных рецидивах опухоли.

Показания к лучевой терапии рака шейки матки должны ставиться широко. Этот метод лечения применим и в тех случаях, когда хирургический метод является противопоказанным, например при тяжелых органических заболеваниях сердца и сосудов, при общем ожирении и др.

Однако имеются противопоказания и к применению лучевой терапии:

- 1) диссеминация опухоли, кахексия;
- 2) наличие осумкованных гнойников в полости малого таза;
- 3) наличие местной инфекции в острой стадии или общей инфекции;

- 4) наличие генерализованной септической инфекции;
- 5) резко выраженные изменения со стороны крови (лейкопения ниже 3000, лимфопения, не исчезающие под влиянием лечения тезаном, переливанием крови и др.);

- 6) тяжелые заболевания, как то: заболевания сердца с явлениями декомпенсации, нефрозо-нефриты, острые заболевания печени, тяжелый диабет.



При лучевой терапии (а также до и после нее) необходимо щадить кожу и слизистые оболочки и не применять: а) смазываний йодной настойкой и другими прижигающими веществами, содержащими металлы, б) грелок на те участки кожи, которые подвергались облучению; в) облучений кварцем, соллюксом, синим светом и пр.

Повторная лучевая терапия противопоказана: а) при безуспешности полного первого курса лучевого лечения, б) при наличии осложнений после проведенного курса лучевой терапии (лучевые повреждения кожи, прямой кишки, мочевого пузыря).

При всех стадиях рака шейки матки лучевая терапия, как правило, начинается с рентгенотерапии. К лечению радием приступают или в промежутках между сеансами рентгенотерапии или после ее окончания.

Возможна и другая последовательность облучения, что в каждом отдельном случае устанавливается врачом-специалистом.

Обычная средняя доза радия при раке шейки матки составляет 6000—8000 миллиграмм-элементчасов (мгэл/час.), а общая доза рентгеновских лучей на область малого таза составляет 10 000—12 000 рентгенов ( $r$ ).

Подготовка больных для лучевой терапии заключается в следующем.

До начала лечения производятся рентгеноскопия грудной клетки (для определения состояния органов грудной полости и исключения метастазов в легких), клинические анализы (мочи, крови, выделений из влагалища).

Клинические анализы повторяются систематически во время лечения.

При наличии жалоб больной на те или иные явления со стороны мочевого пузыря, помимо исследования мочи, показана цистоскопия.

Местная подготовка заключается в сбривании волос с наружных половых органов, в спринцевании влагалища теплым слабым раствором марганцовокислого калия при низком давлении как до укладки радия, так и после его извлечения; иногда по назначению врача применяются и другие методы обработки опухоли на шейке матки (обработка влагалища перекисью водорода, присыпка стрептоцидом, пенициллином и т. п.).

Сеансы рентгенотерапии и радиевой терапии должны применяться больным при опорожненном мочевом пузыре и прямой кишке (после клизмы).

За каждой больной, которой поставлен радий, требуется со стороны медицинского персонала систематическое наблюдение (проверка целости поставленных препаратов по биркам, наличие индивидуального судна, постельный режим и другие меры, предусмотренные специальной инструкцией, обеспечивающей сохранность радия).

В процессе лечения ослабленным и анемизированным больным нередко приходится применять переливание крови, введения глю-



козы, антибиотиков и др. При рентгеновской реакции (лучевой болезни) производится введение гипертонического раствора хлористого натрия (10% раствор — 10—20 мл ежедневно), применяется тезан и другие препараты, а также переливания крови.

Препараты радия обычно укладываются на 24—48 часов. Показаниями к досрочному извлечению радия являются:

1) смещение препаратов (выпадение из влагалища части или всех фиксирующих тампонов);

2) ухудшение общего состояния больной, особенно при повышении температуры (выше 38°); ослабление сердечной деятельности даже при нормальной температуре;

3) появление местного раздражения брюшины (болезненность при пальпации живота);

4) обильное кровоотделение из влагалища;

5) явления острого цистита (позывы, частое и болезненное мочеиспускание) или ректита (болезненные тенезмы, частый жидкий стул);

6) острые общие заболевания.

Выпавший или снятый радий немедленно сдается дежурному врачу.

### Рак тела матки

Рак тела матки встречается значительно реже, чем рак шейки матки, приблизительно в 5% всех случаев рака женских половых органов.

Рак тела матки считается болезнью женщин пожилого возраста. Действительно, наибольшая частота заболевания встречается у больных в возрасте от 50 до 60 лет. У женщин до 40 лет рак тела матки наблюдается очень редко.

Некоторые авторы отмечают, что взаимоотношения между частотой заболевания и количеством беременностей при раке тела шейки матки весьма различны в том смысле, что раком тела матки чаще болеют женщины нерожавшие.

Многoroжавших среди больных раком тела матки значительно меньше, чем среди больных раком шейки матки.

### Симптоматология и диагностика

Основными симптомами рака тела матки являются кровотечения, бели и боли. Однако и здесь я снова считаю необходимым подчеркнуть, что это *поздние симптомы*, указывающие, что опухолевый процесс зашел далеко. Нужно всегда помнить, что вначале рак тела матки, равно как и рак шейки матки, протекает в большинстве случаев бессимптомно. Симптомы появляются тогда, когда опухоль развилась, начала распадаться или подверглась внешним воздействиям (травма, хотя бы и минимальная, проникновение инфекции).

Многие указывают, что больные раком тела матки предъявляют жалобы на боли нередко и в ранних стадиях болезни. Однако нужно



иметь в виду, что причины этих болей и характер их различны в зависимости от распространенности опухолевого процесса.

Еще В. Ф. Снегирев указывал как на специфический для рака тела матки симптом — схваткообразные боли внизу живота, отдающие в нижние конечности. Боли такого характера обусловлены сокращениями маточной мускулатуры в результате растяжения матки растущей опухолью или скопляющимися выделениями (мукометра, гематометра, пиометра). Однако нужно иметь в виду, что задержка выделений в полости матки может быть обусловлена и другими причинами: сужением или перегибом цервикального канала вследствие неправильного положения матки (например, при ретрофлексии матки), закупоркой цервикального канала растущей опухолью. Если полость матки периодически опорожняется через цервикальный канал, то и боли носят периодический характер, исчезая после опорожнения матки. В запущенных случаях боли постоянны, по определению больных — «ноющие» или «грызущие», обусловлены сдавлением нервных стволов таза опухолевыми инфильтратами.

Бели — иногда обильные, жидкие, чаще всего с примесью слизи. Если опухоль начинает распадаться или подвергается травме, появляются выделения с примесью крови. Если в полость матки попадает инфекция, появляются гнойные бели.

Кровянистые выделения также бывают различны как по характеру, так и по интенсивности. Иногда они имеют вид мясных помоев, иногда больные характеризуют их как «мажущие выделения», в ряде случаев они бывают в виде обильных кровопотерь. Не будет большим преувеличением, если сказать, что появление кровянистых выделений у пожилых женщин после наступления климактерического периода всегда должно расцениваться как симптом развивающегося рака матки.

Диагностика рака тела матки в отличие от других его локализаций (рака шейки матки, влагалища, вульвы) представляет некоторые трудности. Дело в том, что указанные выше симптомы могут быть обусловлены и целым рядом других заболеваний женских половых органов, как то: эндометритами, кольпитами, аденоматозными полипами, гиперпластическими процессами в слизистой оболочке и т. п. Окончательный диагноз часто может быть поставлен только после гистологического исследования соскоба из полости матки. Из других признаков указывают на увеличение тела матки за счет растущей в полости ее опухоли и на некоторое размягчение, обусловленное скоплением в полости матки выделений. Но оба эти признака имеют относительное значение, так как наблюдаются при обширных поражениях матки опухолью, а кроме того, увеличение матки может происходить за счет фиброматозных узлов (подслизистых и интерстициальных). Осмотр при помощи зеркал имеет значение в смысле исключения диагноза рака шейки матки и влагалища.

Необходимо отметить, что распространение опухоли на шейку матки (особенно на слизистую оболочку цервикального канала)



наблюдается при раке тела матки чаще, чем при первичном поражении опухолью врагалищной части шейки матки.

Нередким спутником рака тела матки является кольпит, развивающийся в результате воздействия инфицированных выделений на слизистую оболочку влагалища.

Решающим для окончательной диагностики является пробное выскабливание, к которому следует прибегать в каждом подозрительном случае. Нередко при известном опыте диагноз может быть поставлен на основании макроскопической картины полученного соскоба, но доверять его виду не следует, так как возможны ошибки.

К пробному выскабливанию при наличии подозрительных симптомов надо прибегать также и в тех случаях, когда бимануальным

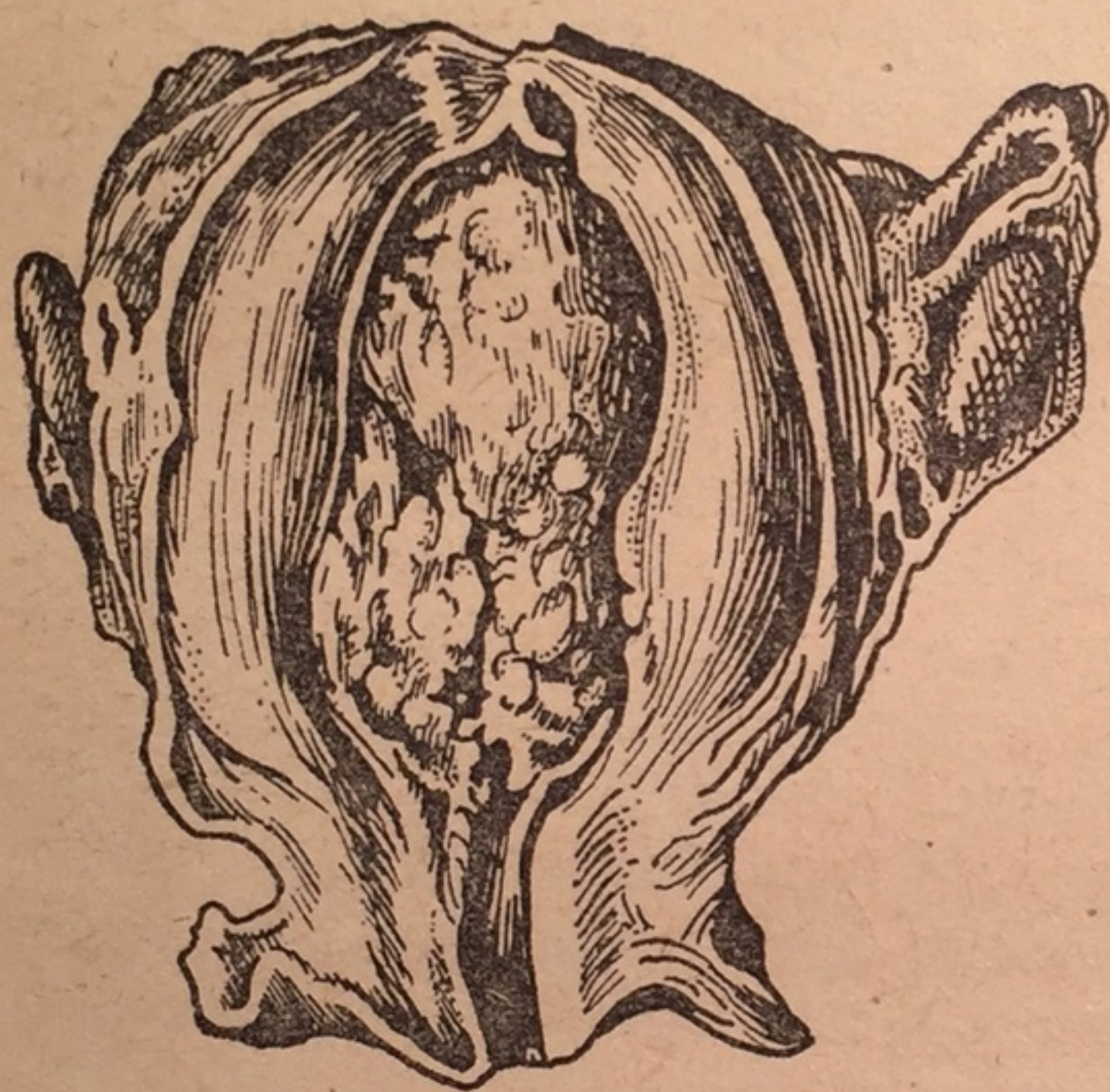


Рис. 118. Рак тела матки.

исследованием не удастся определить никаких отклонений от нормы в половых органах, а тем не менее слизистая оболочка уже может быть поражена. В таких случаях нередко после бимануального исследования у больной появляются кровянистые выделения, обусловленные травмой опухоли во время обследования. Таким больным нужно советовать подвергнуться сравнительно безобидной операции пробного выскабливания, дабы не упустить возможности своевременной диагностики рака тела матки.

Для уточнения, где находится опухоль, выскабливание нужно

производить в известной последовательности, собирая соскоб в отдельные пробирки. Сначала выскабливается слизистая оболочка цервикального канала, затем отдельно стенки полости (передняя, задняя и отдельно боковые).

Поэтому к операции пробного выскабливания операционная сестра должна приготовить 4—5 пробирок с 10% раствором формалина и несколько почкообразных тазиков для собирания отдельных порций соскоба.

Из других методов диагностики рака тела матки можно указать на применение утероскопа, не нашедшего, однако, до сих пор широкого применения в практике. Метод рентгенографии матки, осуществляемый путем введения в полость ее различных контрастных веществ, пока также еще разработан недостаточно, хотя в некоторых случаях мог бы с успехом применяться.

Макроскопически рак полости матки чаще всего приходится наблюдать в виде экзофитных опухолей (типа «цветной капусты»), сидящих на широком основании, а иногда, наоборот, на тонкой ножке и выступающих в просвет полости матки. Нередко рак тела



матки наблюдается в виде массивных разрастаний, выполняющих и даже растягивающих полость матки (рис. 118).

Аденоматозные полипы, располагающиеся обычно в трубных углах, также могут подвергаться злокачественному превращению. Иногда такие карциноматозные полипы сидят изолированно один от другого или, что наблюдается реже, разбросаны по слизистой оболочке в различных местах.

Другая форма рака полости матки — инфильтрирующая. При этой форме инфильтрация не ограничивается обычно только слизистой оболочкой полости матки, а распространяется и в толщу стенки на большую или меньшую глубину, вплоть до прорастания ее целиком. Наконец, могут быть смешанные формы — экзофитно-инфильтрирующие.

Рак тела матки сравнительно редко распространяется на шейку, ниже внутреннего зева, разрушая чаще боковые стенки матки и вовлекая в процесс соседние органы и ткани. Поэтому придатки матки (яичники и трубы) при раке ее тела поражаются значительно чаще, чем при раке шейки. Это поражение происходит как путем непосредственного прорастания их опухолью, так и путем метастатического их поражения.

Вовлечение в опухолевый процесс параметральной клетчатки наступает, как правило, значительно позднее, чем при раке шейки матки.

Метастазами чаще всего поражаются нижние люмбальные лимфатические узлы, являющиеся, как известно, первым этапом регионарных лимфатических узлов для тела матки.

В запущенных случаях наблюдаются метастазы в отдаленные органы и ткани (кости, печень, легкие).

С целью единообразия в диагностике рак тела матки также предлагается делить на стадии в зависимости от распространенности опухолевого процесса. Однако для рака тела матки пока нет такой общепризнанной в международном масштабе классификации, как, например, для рака шейки матки.

К л а с с и ф и к а ц и я   р а к а   т е л а   м а т к и может быть представлена в следующем виде.

**I с т а д и я.** Опухолевый процесс имеет строго локализованный характер и ограничивается только поражением слизистой оболочки полости матки, что может быть установлено при рассмотрении препарата матки, полученного после предпринятой операции и с некоторым вероятием — пробным выскабливанием.

**II с т а д и я.** 1. Опухоль инфильтрирует мышечную стенку матки. 2. Опухолевая инфильтрация параметрия на одной или обеих сторонах, не переходящая на стенку малого таза. 3. Опухоль переходит на шейку матки.

**III с т а д и я.** 1. Рак тела матки с инфильтрацией параметрия на одной или обеих сторонах до стенок таза. 2. Рак тела матки с метастазами в регионарные лимфатические узлы с переходом на придатки матки или влагалище.



IV стадия. 1. Рак тела матки с вовлечением в процесс соседних органов — мочевого пузыря или прямой кишки. 2. Отдаленные метастазы.

Как было сказано выше, опухолевый процесс при раке тела матки долго остается локализованным в теле матки, что позволяет вследствие медленного роста и распространения опухоли принимать радикальные операции спустя продолжительное время.

По гистологической структуре подавляющее большинство карцином полости матки имеет железистое строение (аденокарциномы), ибо источником их возникновения обычно является мюллеровский эпителий. Однако в отдельных случаях в полости матки развиваются карциномы эпидермального происхождения (плоскоклеточные раки), поскольку там может встречаться в виде гнезд сместившийся многослойный плоский эпителий.

### Течение и прогноз

Течение заболевания при раке тела матки нужно рассматривать как самое благоприятное среди всех остальных локализаций рака женских половых органов. Иногда больные раком тела матки живут без лечения 5—7 лет от момента появления симптомов.

Как уже было указано, доброкачественность течения раков тела матки обуславливается медленным ростом этих опухолей и менее благоприятными условиями для их распространения и метастазирования.

Опухоль прежде всего распространяется на придатки (трубы и яичники). Эти органы чаще всего поражаются и метастатически. Если опухоль прорастает стенку матки, то в опухолевый процесс вскоре вовлекается и клетчатка параметрия или разрастание опухоли идет по поверхности брюшины (особенно часто дугласова пространства) с фиксацией к опухоли стенки прямой кишки или мочевого пузыря, если прорастание происходит в пузырно-маточное пространство.

Таким образом, прогноз при раке тела матки можно считать благоприятным, особенно, если принять во внимание то обстоятельство, что опухолевый процесс долго остается местным и радикальное лечение часто может быть предпринято спустя долгое время после появления первых симптомов заболевания.

### Лечение

Лечение рака тела матки осуществляется чаще всего хирургическим путем, если распространение опухолевого процесса допускает осуществление операции.

При раке тела матки ограничиваются простой экстирпацией матки с придатками. Производить расширенную экстирпацию матки (что необходимо при раке шейки матки) при раке ее тела нецелесообразно, так как метастазирование опухоли при раке тела матки



идет иными путями, нежели при раке шейки матки, а именно — в забрюшинные аортальные лимфатические узлы, попытка хирургического удаления которых была бы нереальной.

Наряду с хирургическим лечением при раке тела матки с успехом может применяться и лучевая терапия — введение радиоактивных препаратов в полость матки и облучение области таза рентгеновскими лучами.

Лучевая терапия остается единственным методом лечения в тех случаях, когда по тем или иным причинам хирургическое лечение неосуществимо.

У больных в сильно запущенной (IV) стадии болезни возможно только симптоматическое лечение.

### РАК ВЛАГАЛИЩА

Первичный рак влагалища встречается сравнительно редко, в среднем около 3% всех злокачественных опухолей женских половых органов. Гораздо чаще рак влагалища наблюдается в результате распространения опухоли с соседних органов, преимущественно с пораженной раком шейки матки. Наиболее часто рак влагалища встречается в возрасте 40—60 лет, однако следует помнить, что он поражает и больных в возрасте до 40 лет и даже детей. Чаще всего рак влагалища развивается на задней стенке (рис. 119), реже — на боковых и еще реже рак локализуется на передней стенке влагалища.

Своды влагалища поражаются опухолью значительно чаще, чем остальные участки влагалищной трубки; реже всего приходится наблюдать развитие рака в нижней трети влагалища. Однако метастазы из других органов (матки) чаще наблюдаются именно в нижней трети влагалища.

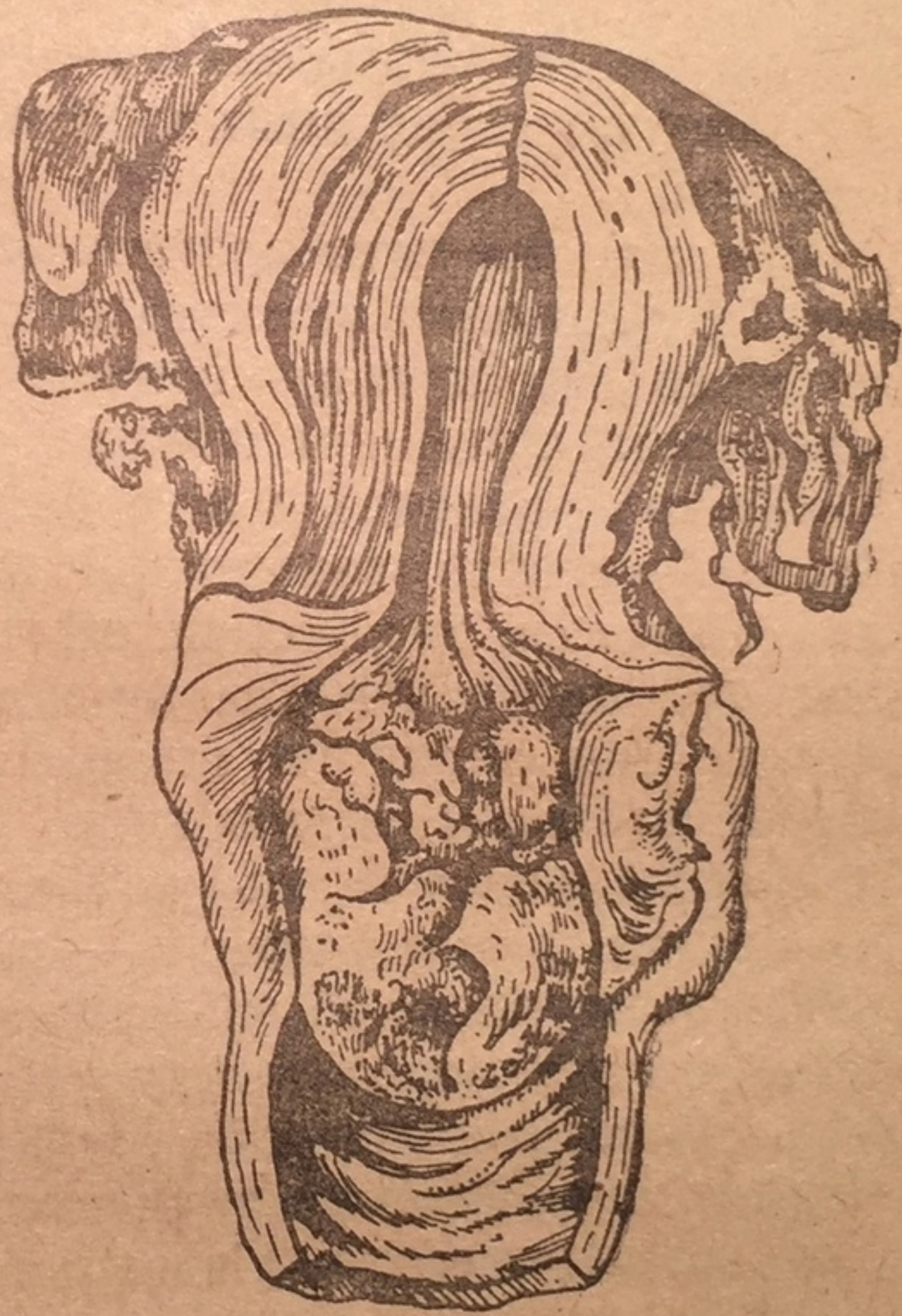


Рис. 119. Рак влагалища.

### Клиническая классификация рака влагалища

I стадия. Опухолевый узел или язва до 2 см диаметром в толще слизистой и подслизистого слоя, без метастазов.

II стадия. Опухоль больших размеров с инфильтрацией паравагинальной клетчатки. В паховых лимфатических узлах —



одиночные подвижные метастазы (при расположении опухоли в нижней трети влагалища).

III стадия. Опухоль захватывает большую часть влагалища с инфильтрацией паравагинальной клетчатки до стенок малого таза. Множественные регионарные метастазы (паховые, подвздошные).

IV стадия. Опухоль перешла на мочевой пузырь или прямую кишку. Отдаленные метастазы (независимо от величины и распространения опухоли).

*Симптомы.* Те или иные симптомы при раке влагалища появляются тогда, когда опухоль начинает распадаться или некротизироваться. Вначале рак влагалища может протекать бессимптомно и обнаруживается иногда случайно при гинекологическом осмотре женщин. Обычно жалобы больных при развившемся раке влагалища сводятся к появлению кровянистых выделений. У женщин, живущих половой жизнью, часто наблюдаются контактные кровотечения (sub coitu); отмечаются иногда и обильные кровопотери, если опухоль разрушает кровеносные сосуды. Зловонные выделения указывают на инфицирование распадающейся опухоли. Наличие болевых симптомов указывает на сдавление нервных стволов и сплетений таза, обусловленных глубоким распространением опухолевого процесса.

Диагностика рака влагалища нетрудна, если помимо вагинального исследования производится осмотр каждой больной при помощи зеркал. Опытным врачом диагноз может быть поставлен при первом амбулаторном осмотре больной.

Обычно приходится наблюдать рак влагалища в двух формах. Первая — в виде разрастаний, выступающих на поверхности слизистой оболочки, твердых на ощупь, но хрупких и легко кровоточащих при прикосновении пинцетом, пальцем, марлевым шариком. Иногда они сидят на широком, инфильтрированном основании, ограничивающем подвижность влагалищной стенки, а иногда — на тонкой ножке в виде гриба.

Другая форма опухоли — плотная язва с инфильтрированным основанием, также обычно легко кровоточащая; местами видны разрастания опухолевой ткани, которая в отдельных участках может быть некротизированной. Глубина такой язвы различная и в запущенных случаях имеет вид кратера, ведущего в клетчатку паракольпий или параметрия. Отделяемое такой язвы кровянистое, иногда с примесью гноя и крошковатых масс, отторгающихся от опухоли. В ряде случаев, наоборот, язва сухая, покрыта серым налетом в виде волокнистой ткани. Налет не снимается, и при попытке его отделения появляется кровотечение.

Крайне редко встречается диффузная форма опухоли (циркулярное поражение всей влагалищной трубки). В сомнительных случаях диагноз устанавливается биопсией.

Гистологически рак влагалища чаще всего бывает плоскоклеточным, преимущественно неороговевающим. Аденокарциномы влага-



лица, которые могут развиваться из дистопических включений, остатков вольфовых и гартнеровских ходов, наблюдаются крайне редко.

Что касается дифференциальной диагностики, то нужно иметь в виду возможность развития доброкачественных папиллом влагалища, кондилом влагалища, имеющих также вид сосочковых разрастаний и некоторую плотность на ощупь. Однако упомянутые образования менее кровоточивы и не инфильтрируют окружающих тканей. Повод к смешению с карциномой влагалища могут дать родившиеся во влагалище подслизистые фиброматозные узлы с изъязвившейся поверхностью. В таких случаях при тщательном исследовании всегда удается найти ножку узла, ущемленную в шейке матки.

Саркома влагалища является чрезвычайно редким заболеванием и наблюдается чаще у детей.

Окончательный диагноз устанавливается на основании биопсии.

Исход болезни зависит от того, насколько рано было предпринято лечение. В начальных стадиях, когда опухолевый процесс ограничивается поражением только слизистой оболочки влагалища без поражения соседних тканей и регионарных лимфатических узлов, благоприятные исходы при лучевой терапии наблюдаются в 50—60% случаев.

Лечение рака влагалища в настоящее время осуществляется почти исключительно применением радия и рентгеновских лучей. Радий в таких случаях приходится применять путем аппликаций на маску. Маска моделируется из восковой пластинки (воск смешивается для прочности маски с опилками), в которую вдавливаются трубочки с радием и покрываются свинцовой пластинкой (для защиты от радия соседних полых органов). Затем приготовленная таким образом маска заворачивается в резину (можно воспользоваться пальцем резиновой перчатки), а поверх резины в марлю, густо смазывается вазелином и вводится во влагалище таким образом, чтобы свинцовая пластинка была обращена к мочевому пузырю, если опухоль располагается на задней стенке влагалища. В промежутках между аппликациями радия проводится рентгенотерапия (облучение области таза). Дозировка радия определяется величиной и расположением опухоли.

Среди доброкачественных опухолей наблюдаются, хотя и редко, кисты влагалища. Ретенционные кисты влагалища (рис. 120) развиваются или из желез, изредка встречающихся в слизистой влагалища, или из остатков эмбриональных (гартнеровских) ходов;

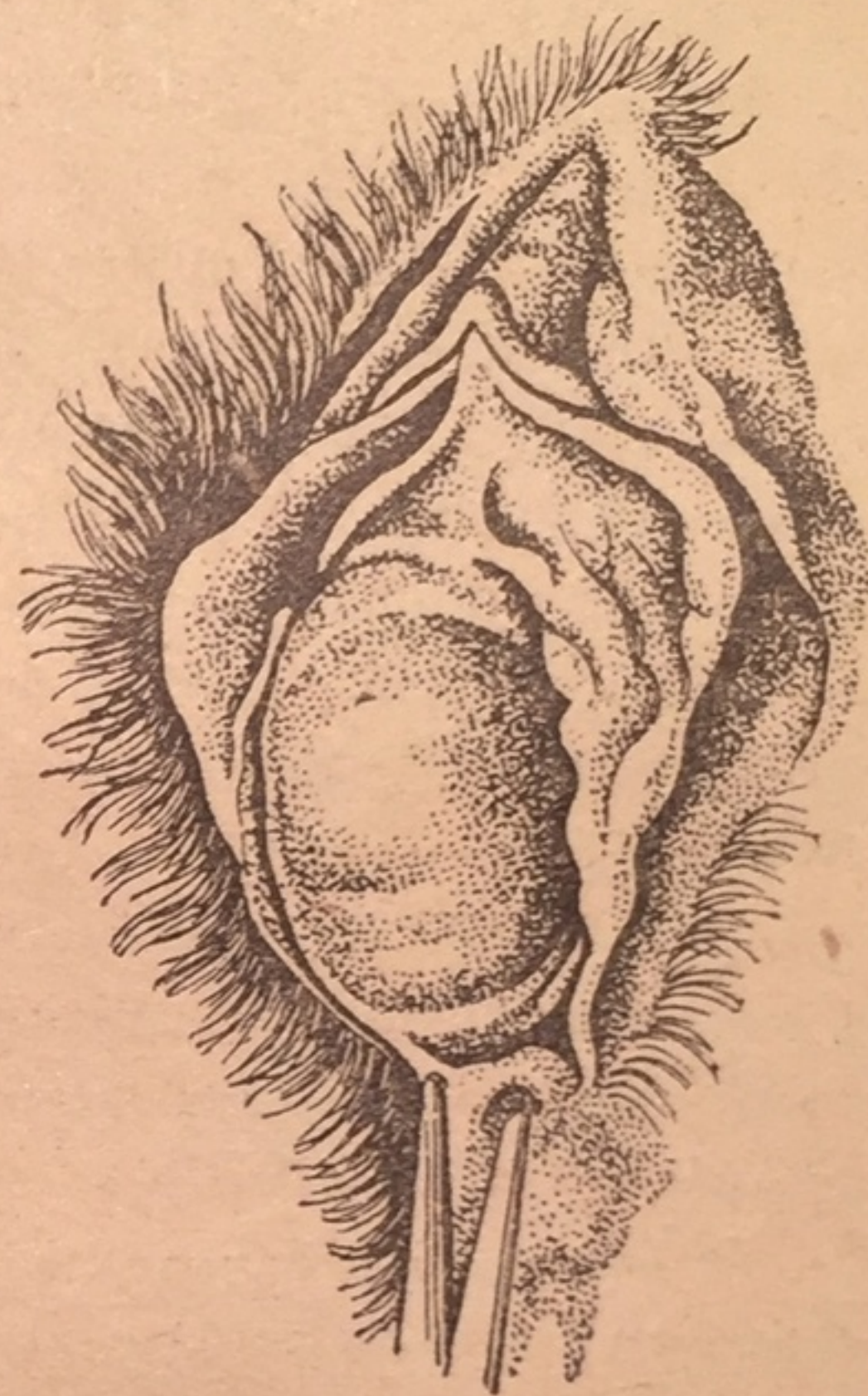


Рис. 120. Ретенционная киста влагалища.



источником их образования могут быть также расширенные лимфатические сосуды и внутритканевые кровоизлияния. Кисты влагалища встречаются сравнительно редко, сидят обыкновенно на передней или боковой стенке и определяются легко при влагалищном исследовании. Обычно они не дают никаких симптомов и по величине редко бывают больше куриного яйца. *Лечение* оперативное — вылушивание кисты.

Необходимо иметь в виду, что иногда такого рода кистозные образования, особенно если они развиваются из эмбриональных включений, могут подвергаться злокачественному превращению.

### РАК НАРУЖНЫХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

Рак вульвы встречается сравнительно редко. По материалам мировой статистики, частоту рака вульвы исчисляют в 2—3% всех злокачественных опухолей женских половых органов.

Обращает на себя также внимание редкость метастазов в область наружных половых органов.

Рак вульвы очень редко встречается в молодом возрасте и очень часто в пожилом, в основном от 55 до 70 лет.

Частое сочетание рака вульвы с лейкоплакией и краурозом, которые нередко задолго предшествуют появлению рака, говорит о том, что наличие предшествующих длительных заболеваний кожи наружных половых органов не может не приниматься во внимание.

Лейкоплакия, крауроз и эритроплакия являются частыми предшественниками опухоли и в ряде случаев на фоне этих изменений развивается рак.

**Симптоматология и диагностика.** В подавляющем большинстве случаев процесс начинается с появления опухоли «бородавки», «прыща», узелка на половых органах, которые начинают постепенно расти, иногда быстро изъязвляться.

Обращает на себя внимание то обстоятельство, что даже при обширных поражениях мочеиспускательный канал долго не вовлекается в опухолевый процесс.

Иногда огромная экзофитная опухоль, располагающаяся в области наружного отверстия мочеиспускательного канала, который становится даже неразличимым, не вызывает почти никаких жалоб на расстройство мочеиспускания. Правда, у таких больных иногда сравнительно рано развивается задержка мочеиспускания (иногда вызывающая боли).

Исчерпывающих объяснений факта «щажения» мочеиспускательного канала опухолью не представлено.

Редко также наблюдается прорастание опухоли во влагалище и прямую кишку, несколько чаще бывает распространение опухоли на кожу бедер.

Говоря о состоянии паховых лимфатических узлов при раке вульвы, необходимо признать, что метастазирование опухоли про-



исходит рано и в большом проценте случаев. В первую очередь поражаются паховые лимфатические узлы, причем, как известно, метастазы в них могут обнаруживаться даже без видимого увеличения лимфатических узлов. Отсюда пути метастазирования идут в направлении бедренного треугольника по ходу крупных бедренных сосудов и круглой связки, а затем ретроперитонеально в иллиакальные гипогастральные лимфатические узлы.

Необходимо отметить, что не всегда метастатически пораженные лимфатические узлы находятся на той же стороне, на которой располагается опухоль. Возможно перекрестное метастазирование (на противоположную сторону). Обычно превалирует двустороннее поражение лимфатических узлов.

Частое и быстрое метастазирование при раке вульвы обусловлено чрезвычайно богато развитой сетью лимфатических сосудов в тканях наружных половых органов.

Что касается более отдаленных метастазов, то прижизненно они распознаются обычно редко и обнаруживаются уже на вскрытии умерших.

Легкость обнаружения опухоли самой больной, очевидно, способствует тому, что больные обращаются за помощью сравнительно рано, при ограниченных поражениях. Форма опухоли бывает различная и чаще всего встречается в трех следующих вариантах:

- 1) в виде экзофитных образований, возвышающихся над поверхностью кожи (рис. 121);
- 2) в виде плотных, диффузных инфильтратов;
- 3) в виде язв, часто имеющих вид кратера с инфильтративным основанием и плотными краями.

Могут быть, конечно, различные комбинации указанных типов опухоли. Что касается гистологических структур рака вульвы, то преобладающими формами являются плоскоэпителиальные опухоли с ороговением. Таким образом, рак вульвы — это кожный рак. Чаще всего поражаются область клитора и большие срамные губы, реже — малые половые губы и крайне редко — промежность.

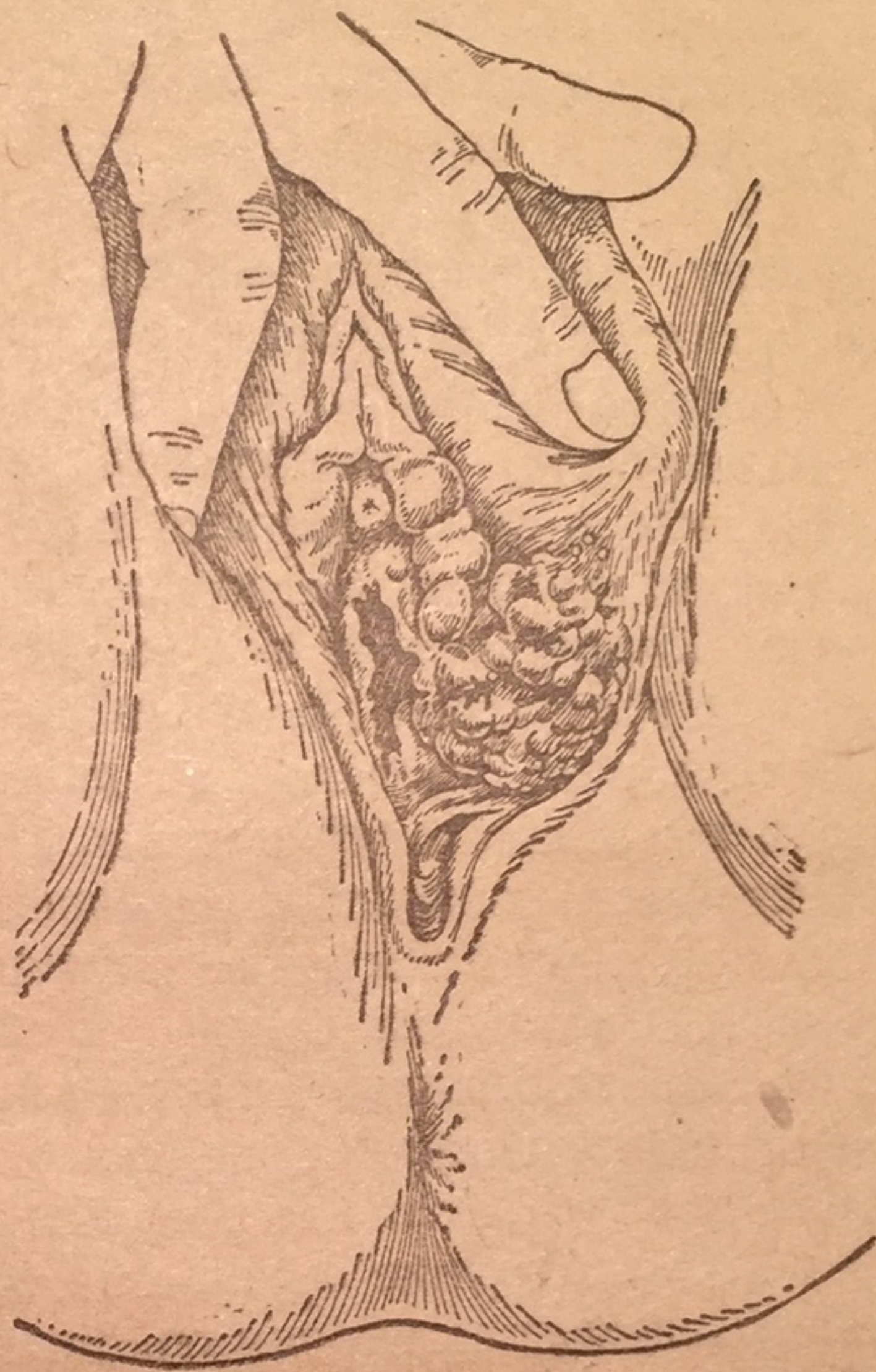


Рис. 121. Рак вульвы.



## Классификация рака вульвы (по стадиям)

**I стадия.** Опухолевый узел или язва до 2 см в диаметре локализуется в поверхностных слоях кожи, без метастазов.

**II стадия.** Опухоль инфильтрирует подлежащие мягкие ткани или имеется опухоль больше 2 см в диаметре с одиночными подвижными метастазами в паху.

**III стадия.** Рак глубоко инфильтрирует подлежащие ткани, создавая полную неподвижность опухоли. В паховых областях прощупываются ограниченно подвижные метастазы.

**IV стадия.** Опухоль распространяется на соседние органы (уретру, влагалище, прямую кишку, кожу бедер) или имеются метастазы в отдаленные органы.

**Дифференциальный диагноз.** Рак вульвы, так же как и при других локализациях, характеризуется прежде всего наличием инфильтрата, что и обуславливает плотность окружающих тканей и основания, на котором расположена опухоль. Экзофитные образования имеют обычно сочный вид, характеризуются хрупкостью, легко кровоточат вследствие ломкости сосудов. Легкая кровоточивость (при исследовании, протирании, даже при обмывании опухоли) характерна и для опухолей вульвы. При изъязвлении опухоли изъязвившиеся места обычно покрываются грязными, легко снимаемыми корками, края язвы резко выступают над поверхностью, инфильтрованы, плотны на ощупь. В зависимости от распространенности инфильтрата находится подвижность опухоли и взаимоотношение ее с соседними тканями (спаяна или не спаяна с кожей, мышцами, костями таза). Если сюда прибавить рост опухоли и иногда влияние на общее состояние организма (похудание), то все указанные признаки и будут подкреплять диагноз злокачественного новообразования.

Как известно, доброкачественные опухоли не обладают вышеуказанными признаками. Кстати сказать, они вообще редко встречаются в области наружных половых органов. Отсутствие инфильтрации, медленный рост и резкое отграничение от соседних тканей — вот вполне надежные признаки, позволяющие отличить доброкачественную опухоль от рака. Правда, не исключается возможность превращения доброкачественных образований в злокачественные. Особенно по отношению к вульве нужно иметь в виду, что здесь могут развиваться так называемые меланотические карциномы. К счастью, это бывает редко, но так как кожа вульвы, особенно больших губ, ничем не отличается от кожных покровов в других местах и содержит также пигмент, то как из них, так и особенно из родимых пятен могут развиваться меланотические опухоли (меланокарциномы).

Иногда труднее отличить другие доброкачественные процессы от истинной опухоли. Это касается доброкачественных кондилом, папилломатозных образований на почве слоистости вульвы, сифилитических гумм и др. И опять-таки отсутствие инфильтрата, мяг-



кая консистенция, хроническое течение помогают определить истинную природу процесса.

Надо только твердо помнить, что в каждом более или менее сомнительном случае необходимо произвести биопсию, показания к которой мы ставим очень широко и производим таковую обычно в амбулаторных условиях.

*Течение и прогноз.* Течение рака вульвы сравнительно медленное. Смерть наступает чаще всего от прогрессирующей кахексии, часто от уросепсиса, тазового флебита, на втором месте нужно поставить обильные кровотечения (особенно при раке клитора), общий сепсис, метастазы в жизненно важные органы.

Прогноз при раке вульвы нужно признать в общем неблагоприятным; запоздалое обращение к врачебной помощи, часто обусловленное к тому же беспечностью больных к начальным симптомам, недооценка их важности, иногда страх перед предстоящей операцией, а нередко и стыдливость (особенно это часто бывает у пожилых женщин) — все это является моментами, ведущими к тому, что радикальное лечение начинается уже обычно в запущенном состоянии, а отсюда проистекают и плохие результаты. Хорошо налаженная санитарно-просветительная работа и здесь имеет большое значение.

*Лечение* рака вульвы может быть хирургическим и лучевым. Из хирургических методов предпочитается электроэксцизия опухоли. Лечение рака вульвы может осуществляться путем применения радия (шпигование опухоли радиевыми иглами, телекюриотерапия, близкофокусная рентгенотерапия). Паховые лимфатические узлы удаляются оперативным путем.

Среди доброкачественных опухолей наблюдаются кисты наружных половых органов. Ретенционные кисты наружных половых органов чаще всего образуются в толще больших губ, источником их развития являются обычно бартолиновы железы. Механизм их образования сводится к следующему: попавшая в выводной проток железы инфекция ведет к закупорке наружного его отверстия. Так как чаще всего причиной такого поражения является гонококк, распространение которого ограничивается только выводным протоком железы, а паренхима ее не принимает участия в этом процессе, то вследствие закупорки наружного отверстия выводной

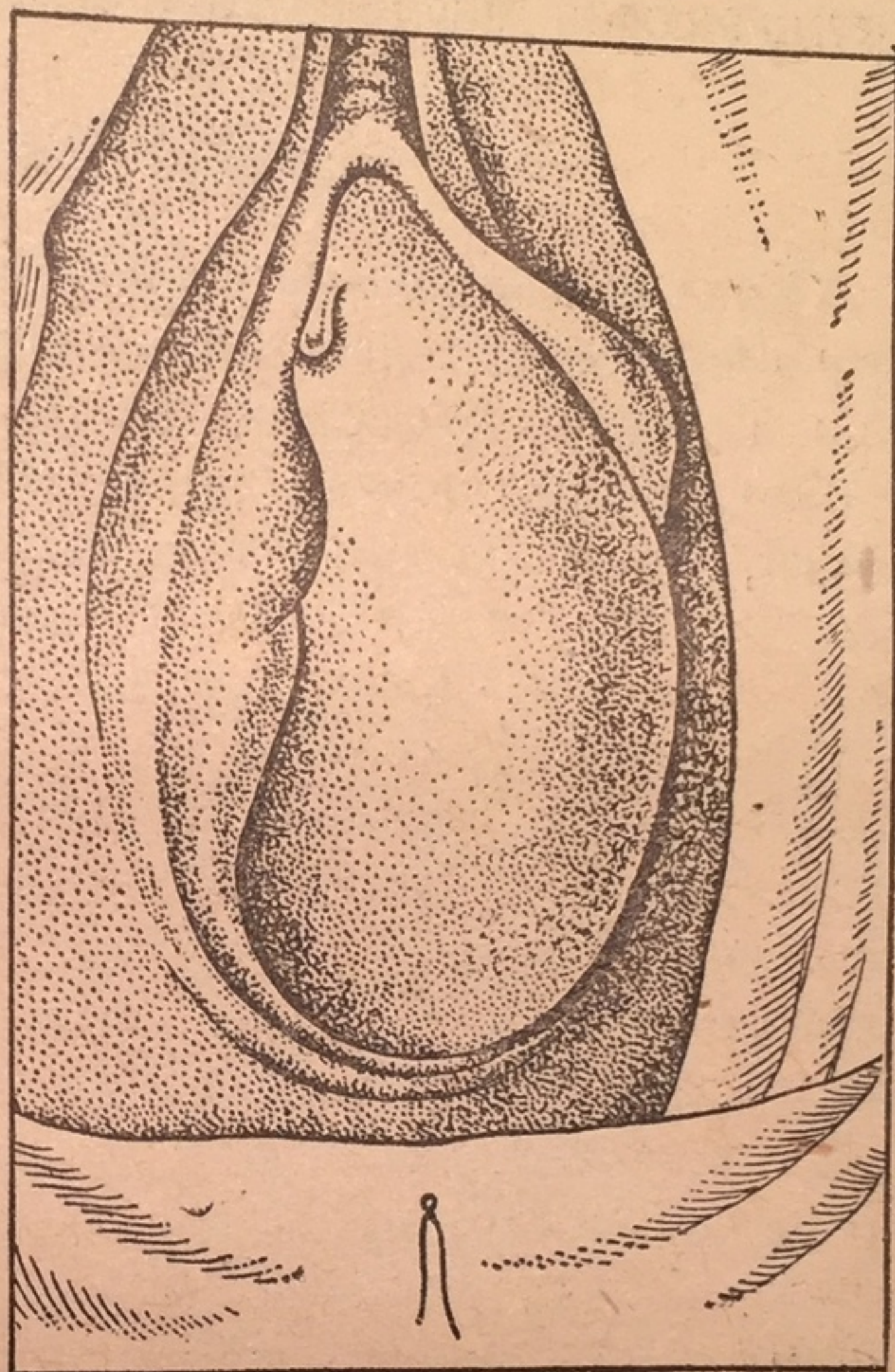


Рис. 122. Киста бартолиновой железы.



проток растягивается гнойным содержимым. В дальнейшем может образоваться или так называемый ложный абсцесс, или ретенционная киста. Следовательно, кисты бартолиновых желез могут иметь как гнойное содержимое, так и серозное (рис. 122).

Обычно, если нет острых воспалительных изменений, кисты эти не дают никаких симптомов, за исключением некоторого препятствия к половым сношениям, если кисты достигают сравнительно большой величины.

*Лечение* — оперативное, сводящееся к вылушению кисты и наложению швов на дефект после ее удаления.

### ОСТРЫЕ КОНДИЛОМЫ

Острые кондиломы представляют собой мелкие бородавчатые или папилломатозные разрастания, похожие на петушинный гребень или цветную капусту, расположенные группами или одиночно у входа во влагалище, на наружных половых органах, на промежности, реже на слизистой оболочке влагалища и шейки матки,



Рис. 123. Острые кондиломы.

а также на бедрах. Иногда они достигают огромной величины и совершенно закрывают вход во влагалище, обезображивая наружные половые органы (рис. 123).

Остальные кондиломы обычно розового цвета и имеют величину пшеничного зерна. Поверхность их легко эрозируется, при этом выделяется мутная серозная жидкость, которая, скопясь в углублениях между разрастаниями, разлагается и дает зловонный запах.

Острые кондиломы представляют собой образования, развивающиеся за счет разрастания щетинистого слоя кожи в виде тонких ветвящихся стержней, обильно снабженных кровеносными сосудами и покрытых с поверхности многослойным плоским эпителием.

Особенно часто они наблюдаются при гоноррее, но наличие их отнюдь не дает права заключать о существовании гонорройной инфекции, так как они могут быть обусловлены раздражающими выделениями различного происхождения. В частности, они наблюдаются у не соблюдающих должных правил гигиены женщин, иногда — при беременности (при повышенной секреции слизи).



Лечение кондилом преимущественно оперативное — соскабливание острой ложкой с последующим применением не раздражающих жирных мазей (2% риваноловая мазь, ксероформная мазь, Ol. vaselini). Соскабливание кондилом необходимо производить под общим, лучше всего эфирным, наркозом. Хорошие результаты получаются при лечении рентгеновскими лучами, а также радием. Раздражающая терапия (ляпис, кислоты и т. п.) не рекомендуется, так как не исключается возможность злокачественного превращения кондилом под влиянием таких методов лечения.

## РАК ЖЕНСКОЙ УРЕТРЫ

Злокачественные опухоли женской уретры встречаются редко, примерно в 0,5% случаев всех карцином женских половых органов.

Рак уретры может наблюдаться в различных формах.

1. Экзофитные опухоли в области наружного отверстия мочеиспускательного канала большей или меньшей величины (от величины вишни до куриного яйца), часто с изъязвлением и некротическими налетами, с инфильтрацией окружающих тканей или стенок уретры на 2—3 см в глубину.

2. Множественные полипозные образования или одиночные полипы, исходящие из отверстия уретры (иногда на ножке). Инфильтрации стенок уретры в таких случаях может и не быть.

3. Язвенная форма. Кратер в области отверстия мочеиспускательного канала с инфильтрацией тканей в области клитора или с инфильтрацией передней стенки влагалища по ходу уретры.

4. Плотная инфильтрация всей уретры, местами с изъязвлением, что устанавливается уретроскопией.

Различают две формы — папиллярную и инфильтрирующую.

Такого рода разделение карцином уретры оправдывается не столько их видом, сколько их клиническим течением.

Папиллярные формы карциномы уретры растут обычно медленно, реже дают метастазы в регионарные лимфатические узлы; локализуются часто в области устья уретры в виде множественных полипозных образований, благодаря чему быстрее распознаются, чем инфильтрирующие формы.

Инфильтрирующие формы располагаются по ходу уретры, захватывая нередко уретру на всем протяжении; метастазы в регионарные лимфатические узлы при инфильтрирующих формах развиваются быстрее и наблюдаются чаще, чем при папиллярных формах.

Папиллярные формы более благоприятны и в смысле прогноза, часто излечиваются, в то время как инфильтрирующие — длительного излечения, как правило, не дают.

Симптомы, с которыми больные обращаются при раке уретры, сводятся к расстройствам функции мочеиспускания (учащение мочеотделения, болезненность, примесь крови и гноя к моче и т. п.).



Окончательный диагноз ставится на основании биопсии. Гистологически чаще всего встречается плоскоклеточный рак, но могут наблюдаться и низкодифференцированные формы рака.

При раке женской уретры предпочтительно лучевое лечение (апликация радия в уретру или обкалывание области уретры радиевыми иглами). Иногда предпринимается и оперативное лечение (чаще всего электроэксцизия) при локализации опухоли в области устья уретры. При наличии метастазов в паховых лимфатических узлах — удаление таковых хирургическим путем.

### Профилактика рака женских половых органов

Основой всей советской медицины является профилактика, предупреждение заболеваемости населения. До Великой Октябрьской социалистической революции вопрос о массовой профилактике рака даже не поднимался. Условия, с которыми связано осуществление профилактических противораковых мероприятий, появились только при советском социалистическом строе.

В настоящее время уже никто не сомневается в том, что профилактика рака реально осуществима.

Если профилактику понимать в широком смысле, то она должна охватывать:

- 1) профилактику возникновения и развития болезни;
- 2) профилактику запущенности болезни;
- 3) профилактику возврата болезни.

Несмотря на то, что в первом вопросе мы пока наталкиваемся на значительные трудности, из которых главной является та, что мы не знаем еще истинной причины возникновения рака, тем не менее повседневный опыт показывает, что все же теперь уже многое можно сделать для предупреждения возникновения и развития рака.

Как уже выше было сказано, возникновению и развитию рака женских половых органов обычно предшествует ряд длительно существующих патологических процессов, получивших название предраковых заболеваний. Как показывает практика, своевременная диагностика и радикальное лечение предраковых заболеваний являются реальной профилактикой рака. Однако выявление предраковых заболеваний и ранних случаев рака требует соответствующих организационных мероприятий.

В этих целях в СССР среди прочих многочисленных мероприятий советского здравоохранения, вошедших в практику противораковой борьбы, широкое распространение получили массовые профилактические осмотры женщин.

Значение профилактических осмотров заключается в том, что этим путем удастся обнаружить и своевременно излечить различные хронически протекающие без особо выраженных симптомов заболевания, которые в значительном числе случаев могут быть рассматриваемы как предраковые (эрозированные рубцы и вы-



вороты шейки матки, лейкоплакии, папилломы, хронические поли-  
позные эндоцервициты и т. п.).

Профилактические осмотры повышают осведомленность насе-  
ления о злокачественных опухолях и воспитывают «онкологиче-  
скую настороженность» у медицинского персонала.

Эти осмотры, проводимые в СССР в настоящее время повсе-  
местно, вполне себя оправдали как эффективное мероприятие в про-  
филактике злокачественных опухолей. Опыт массовых профилак-  
тических онкологических осмотров показывает, что этим путем  
среди практически здоровых людей в среднем выявляются случаи  
рака (различных локализаций) в 0,12% всех осмотренных, а пред-  
раковые заболевания в 4—5 раз больше.

Согласно инструкциям Министерства здравоохранения, помимо  
массовых профилактических осмотров организованных и неоргани-  
зованных групп населения, онкологические обследования как  
обязательное мероприятие должны проводиться среди всех поли-  
клинических больных, особенно длительно и часто болеющих.  
Равно углубленному онкологическому обследованию должны под-  
вергаться все больные старше 35 лет, поступающие в любое отде-  
ление стационара больницы. Наконец, профилактические онко-  
логические обследования должны проводиться при различных  
специальных медицинских осмотрах (при поступлении на работу,  
при диспансерном обследовании, при отборе нуждающихся в диет-  
питании, в курортно-санаторном лечении и т. п.).

Огромную роль при проведении профилактических осмотров  
играет санитарное просвещение, хорошая организация которого  
может способствовать более полному охвату намечаемых для осмотра  
групп населения.

Практика показывает, что плохая явка женщин на профилак-  
тические осмотры объясняется их неосведомленностью о злока-  
чественных опухолях, об их ранних признаках, о возможности  
бессимптомного развития рака вначале, об излечимости рака при  
раннем его выявлении, о достижениях советской онкологии в об-  
ласти излечения и предупреждения рака и т. д.

Санитарно-просветительная работа поэтому должна ставить  
перед собой следующие конкретные задачи:

- 1) разъяснение цели осмотров и важности своевременной явки  
на них;
- 2) ознакомление населения с начальными признаками рака и  
предраковыми заболеваниями;
- 3) убеждение населения в излечимости рака при раннем его  
выявлении;
- 4) рассеивание наблюдаемого у части населения страха перед  
методами лечения (в частности, перед операциями);
- 5) побуждение к стопроцентной явке на профилактические  
осмотры и неуклонному выполнению больными, выявленными на  
осмотре, предписаний врача о дальнейшем лечении и соблюдении про-  
филактических мероприятий, имеющих целью предупреждение рака.



Говоря о значении профилактических осмотров, необходимо разъяснять, что они, будучи проявлением заботы партии и правительства о здоровье трудящихся, проводятся в СССР как плановое государственное мероприятие и имеют большую практическую ценность.

Разъясняя необходимость безотказной явки на осмотры, не следует прибегать к запугиванию населения цифрами заболеваемости и смертности от рака. В проводимых лекциях и беседах о раке необходимо указывать, что вначале рак часто протекает скрыто, бессимптомно (а следовательно, и безболезненно).

Для убеждения в излечимости рака рекомендуется приводить конкретные примеры излечения рака у лиц, знакомых данной аудитории. Попутно необходимо знакомить население с достижениями советской медицинской науки в вопросах лечения злокачественных опухолей, с выдающимися успехами советских хирургов в лечении опухолей легких, пищевода, желудка, матки.

В период проведения осмотров целесообразно провести беседы по цехам, поместить соответствующие заметки в цеховых стенных газетах, а если возможно, выпустить специальный бюллетень. Во время осмотров в помощь медицинским работникам необходимо привлекать актив здравоохранения. Активисты должны помогать в проведении санитарно-просветительной работы, следить за своевременной явкой на осмотры рабочих своих цехов, давать сведения об уклоняющихся от осмотров, выяснять причины неявки на осмотр.

Из сказанного ясно, что при составлении плана организации профилактического осмотра на том или ином предприятии или в учреждении санитарно-просветительной работе должно быть уделено особое внимание.

Важной мерой профилактики рака шейки матки является отказ при лечении эрозий от шаблонного применения различных прижигающих средств (в частности, ляписа). Все больные с длительно (больше 6—8 недель) не заживающими под влиянием того или иного вида лечения эрозиями шейки матки должны направляться к специалисту для установления дальнейшего способа лечения (оперативное вмешательство, электрокоагуляция, радиоволновая терапия). Нужно всегда помнить, что во всех подозрительных на рак случаях только своевременно произведенная биопсия или пробное выскабливание с последующим установлением после микроскопии окончательного диагноза может сохранить жизнь больной.

Наконец, считаю не лишним еще раз напомнить, что ликвидация последствий родовой травмы (разрывы шейки матки во время родов) является не менее важным мероприятием в профилактике рака матки.

Как ни велики наши организационные успехи в противораковой борьбе, все же мы не можем считать еще ликвидированным наследие прошлого, заключающееся в явке больных на лечение с болезнью в запущенных стадиях. Даже в наших крупных центрах еще до 40—45% больных раком шейки матки являются на лечение



с болезнью в сильно запущенных (III—IV) стадиях. Причин упомянутых фактов несколько. В ряде случаев запущенность болезни обусловливается бессимптомностью течения, но главными причинами являются две: а) беспечность некоторых больных женщин к своему здоровью и б) недостаточная квалификация врачей в вопросах раннего распознавания опухолей.

Для устранения последней причины органами здравоохранения принимаются соответствующие организационные мероприятия (удлинение медицинского образования, специальные курсы повышения квалификации врачей и среднего медицинского персонала), что же касается беспечности в отдельных случаях больных женщин к своему здоровью, то в этом вопросе опять-таки необходима большая разъяснительная работа.

Средний медицинский персонал должен здесь играть значительную роль.

Соприкасаясь близко с населением, он должен на протяжении своей работы знакомить население с первыми признаками рака, разъяснять всю важность своевременного обращения к врачу при первых симптомах и указывать на необходимость в соответствующем возрасте (после 30 лет) даже без всяких симптомов два раза в год показываться врачу, чтобы не пропустить бессимптомно развивающегося рака. Но и этим роль акушерки или фельдшера не должна ограничиваться. В процессе своей работы они должны стремиться выявлять подозрительные по раку случаи, уметь подмечать первые симптомы заболевания и своевременно направлять таких больных к специалисту для окончательного установления диагноза и соответствующего лечения.

Принимая во внимание, что самой частой локализацией рака женских половых органов является рак шейки матки, нужно принять за правило, что в амбулаторной практике каждая больная, помимо пальцевого исследования, должна быть обязательно осмотрена при помощи влагалищного зеркала, ибо только этим путем можно выявить подозрительные на злокачественность заболевания шейки матки.

Профилактика возврата болезни осуществляется путем систематического наблюдения (диспансеризации) за лечеными больными. Больные после выписки из стационара должны периодически посещать свой районный онкологический пункт и строго выполнять все указания врача.

С каждым годом в нашем Союзе увеличивается сеть районных противораковых пунктов, с которыми все поликлиники, амбулатории, консультации, а также лечебные учреждения района должны держать тесную связь, направляя туда всех больных с опухолями.

Обязанности районных онкологов таковы:

- 1) консультативно-диагностический прием на пункте всех направляемых к нему больных;
- 2) консультация на дому по вызовам врачей данного района и в лечебных учреждениях по вызовам последних;



3) диспансеризация как леченых раковых, так и подозрительных на рак больных в своем районе;

4) противораковая пропаганда среди населения и врачей данного района;

5) организация массовых профилактических осмотров населения;

6) забота о призрании неизлечимых раковых больных.

Все это осуществляется специальным штатом как врачей, так и среднего медицинского персонала.

На долю среднего медицинского персонала выпадает и тяжелая обязанность ухода за неоперабельными раковыми больными. Эта обязанность тяжела не только физически, но и морально, ибо иногда приходится присутствовать при медленном умирании больных женщин, испытывающих тяжелые страдания, но не теряющих надежды на спасение и ждущих радикальной помощи, оказать которую мы пока не в силах. Нужно иметь много физической и нравственной силы, умения, такта, любви к своему делу, чтобы оказать посильную помощь таким больным. Уход за ними должен заключаться в поддержании у них надежды на улучшение, в устранении тягостных симптомов, в предупреждении новых осложнений (например, пролежней), вызывающих и новые страдания.

Ввиду того, что раковые больные нередко распространяют вокруг себя зловонный запах от выделений из половых органов, их приходится изолировать из общих отделений и класть в особые палаты. Положение и больных и ухаживающего персонала становится еще тяжелее, если дело доходит до образования свищей (мочеполовых или каловых), когда половые органы больной представляют собой клоаку с распадающимися инфицированными массами, издающими зловонный запах. Содержать в чистоте таких больных чрезвычайно трудно, но крайне необходимо, ибо именно у таких больных, прикованных к постели, чаще всего развиваются пролежни.

Забота о чистоте этих больных сводится к частому их подмыванию, спринцеванию с целью удаления разлагающихся выделений и распадающихся масс, к частым перекидываниям и поворачиваниям больных, а также к своевременной смене белья.

Особой заботой ухаживающего персонала является введение таким больным наркотиков, к которым они быстро привыкают и без которых в конце концов не могут обходиться.

Средняя продолжительность жизни нелеченых раковых больных равняется  $1\frac{1}{2}$ —2 годам. Смерть чаще всего наступает от септических осложнений, а также от медленно развивающейся уремии (вследствие сдавления мочеточников), от прогрессирующей анемии на почве длительных кровотечений, наконец, нередко от прогрессирующего истощения больной.

Под свищами сле-  
зующиеся между вла-  
ными полостными ор-  
с другой. В зависимо-  
мочеполовые, если они  
в мочевой пузырь, и  
вые, если ведут в киш-  
(рис. 124).

Чтобы более де-  
указать место образ-  
свища, различают  
влагалищные свищ-  
зырно-влагалищные  
зырно-маточные, м-  
никово-влагалищные  
четочниково-маточн-  
жет быть одновре-  
несколько свищей  
вые свищи могут  
ваться между вла-  
и прямой кишкой,  
и другими отдел-  
шечника (тонкой  
видной) и, кро-  
между прямой и  
Причины обра-  
1) родовая тр-  
шерских вмешате-  
тельные процессы  
качественные но-  
ные дефекты и п-  
вреждения; 7) л-  
Что касается  
вания свищей в  
мягких тканях м-  
ности лонной



## Глава седьмая

### СВИЩИ

Под свищами следует понимать *ненормальные сообщения*, образующиеся между влагалищем и маткой, с одной стороны, и соседними полостными органами (мочевым пузырем и кишечником) — с другой. В зависимости от места их образования они делятся на *мочеполовые*, если они ведут в мочевой пузырь, и *каловые*, если ведут в кишечник (рис. 124).

Чтобы более детально указать место образования свища, различают уретро-влагалищные свищи, пузырно-влагалищные, пузырно-маточные, мочеточниково-влагалищные и мочеточниково-маточные. Может быть одновременно и несколько свищей. Каловые свищи могут образоваться между влагалищем и прямой кишкой, а также и другими отделами кишечника (тонкой, сигмовидной) и, кроме того, между прямой кишкой или петлями тонкой кишки и маткой.

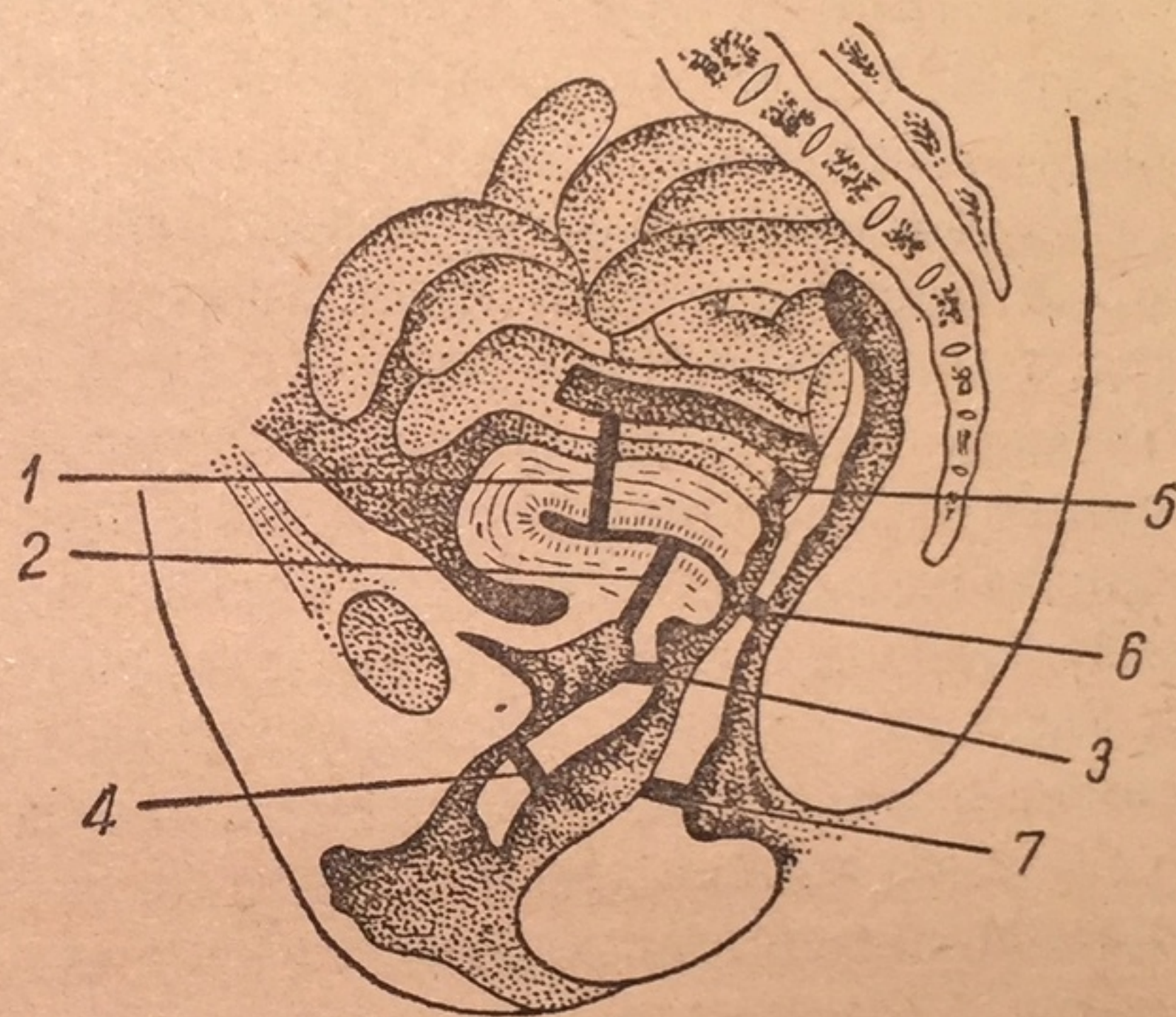


Рис. 124. Схематический рисунок свищей.  
1 — киечно-маточный; 2 — маточно-пузырный;  
3 — влагалищно-пузырный; 4 — уретро-влагалищный;  
5 — киечно-влагалищный; 6 и 7 — влагалищно-прямокишечный.

Причины образования свищей могут быть следующие:

1) родовая травма; 2) оперативная травма (свищи после акушерских вмешательств и гинекологических операций); 3) воспалительные процессы с образованием гнойников и изъязвлений; 4) злокачественные новообразования (обычно запущенные); 5) врожденные дефекты и пороки развития; 6) случайные травматические повреждения; 7) лучевые повреждения (радий).

Что касается *родовой травмы*, то она служит причиной образования свищей в том случае, если происходит длительное прижатие мягких тканей между наиболее выдающейся частью задней поверхности лонной дуги и головкой плода. Длительное прижатие



и разможнение тканей ведут к их омертвлению и отпадению, вследствие чего в этих местах образуются дефекты. Так как мочевого пузыря обладает хорошей смещаемостью вверх, особенно при его наполнении, то между головкой плода и лоном может ущемляться не только стенка пузыря, но и уретра, в зависимости от чего в том или ином месте ее также может образоваться свищ.

Образование свищей после *оперативных вмешательств* также зависит от разрывов, разможнений или даже частичных отрывов ткани инструментами. Иногда же некроз ткани после оперативных вмешательств зависит от разрушения, перерезки или перевязки питающих ее сосудов или от нагноения и расхождения швов, наложенных во время операции.

Устанавливается наличие свищей на основании жалоб больной на выделение мочи или кала (при каловых свищах) через влагалище, а также путем осмотра зеркалами, ощупыванием, зондированием, а в некоторых случаях специальными методами исследования, как то: вливание цветной жидкости в пузырь и определение ее проникания во влагалище, катетеризацией мочевого пузыря и мочеточников, цистоскопией.

Что касается *течения* свищей, то рассчитывать на их самопроизвольное заживление нельзя, хотя такие случаи наблюдаются, например, при мочеточниковых свищах, а также при таких свищах, края которых не успели еще зарубцеваться. Во всяком случае нужно принять все меры для того, чтобы создать благоприятные условия для самопроизвольного заживления свища. Мероприятия эти при мочеполовых свищах сводятся к назначению постоянного катетера в мочевого пузыря, чтобы воспрепятствовать растяжению краев свища и смачиванию их мочой, а при каловых свищах — к опрятному содержанию, назначению дезинфицирующих спринцеваний и смазываний гранулирующих поверхностей.

Из *осложнений*, сопровождающих свищи, необходимо указать на: 1) раздражение, зуд и боли в области наружных половых частей и бедер вследствие постоянного соприкосновения с выделяющейся и разлагающейся мочой; 2) восходящую инфекцию из нижних половых отделов в почки и другие соседние ткани и органы (в матку, яичники, трубы, клетчатку, брюшину); 3) гнилостные выделения; 4) отсутствие менструации в результате упадка питания и нарушения обмена веществ; 5) угнетенное состояние нервной системы и психики вследствие того, что такие больные не только теряют работоспособность, но и становятся в тягость окружающим и себе вследствие неприятного запаха мочи, который они вокруг себя распространяют.

Профилактические мероприятия в смысле предупреждения свищей должны сводиться, как следует из сказанного, к заботам о правильной постановке родовспоможения и к обеспечению населения квалифицированной акушерской помощью. Вот почему организация колхозных родильных домов и акушерских пунктов, обслуживаемых квалифицированными акушерками, имеет боль-



шое значение и в смысле профилактики родовых травм. Профилактика послеоперационных свищей должна заключаться в бережном отношении к тканям и органам, устранении травматизации тканей и нервов, а также грубых манипуляций инструментами. Немалую роль должна играть и санитарно-просветительная работа в смысле предупреждения воспалительных и злокачественных процессов путем своевременного обращения за медицинской помощью.

Что касается лечения свищей, то если вышеупомянутыми консервативными мероприятиями, т. е. назначением постоянного катетера и опрятным содержанием, не удастся добиться зарубцевания свища, приходится прибегать к хирургическому лечению, состоящему в освежении краев свища и сшивании их. Но и операция часто с первого раза не удается, так что приходится производить ее по нескольку раз.

Большое значение для успеха операции имеет предоперационная подготовка, а также послеоперационный уход, который должен состоять в том, чтобы следить за правильным положением введенного постоянного катетера. Последний должен всегда быть опущенным в «утку» (мочеприемник) с каким-либо дезинфицирующим раствором, количество которого заранее измеряется, чтобы можно было всегда учесть количество выделившейся в «утку» мочи. Каждые два часа «утка» осматривается, чтобы убедиться, что моча выделяется хорошо. Если катетер засорился или выпал из мочевого пузыря, необходимо немедленно дать знать врачу, чтобы своевременно промыть катетер или заменить его другим. Надо следить за тем, чтобы больная выполняла предписания врача в смысле того или иного положения тела (на боку, на спине, иногда даже на животе), так как этого иногда требует местоположение свища на той или другой стенке пузыря. В послеоперационном периоде больные должны получать молочную диету и углекислые минеральные воды. Иногда к этому присоединяют медикаменты, дезинфицирующие мочевые пути, например салол, уротропин.



## Глава восьмая

### МЕТОДИКА УХОДА ЗА ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИМИ БОЛЬНЫМИ И ОБЩАЯ ТЕРАПИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

В каждом лечебном учреждении (больничном отделении) должны быть проведены соответствующие мероприятия, обеспечивающие *лечебно-охранительный режим для больных*.

Советским медицинским работникам свойственно внимательное и чуткое отношение к больному человеку. Это проявление подлинно советского гуманизма полностью соответствует учению И. П. Павлова, который всегда требовал осторожного, бережного отношения к функциям нервной системы больного человека.

Применение учения И. П. Павлова о высшей нервной деятельности человека в практике наших медицинских учреждений повело к перестройке и улучшению их работы в основном в следующих направлениях:

- 1) психопрофилактическое и психотерапевтическое воздействие на больных,
- 2) борьба с болью,
- 3) благоустройство больничных отделений, обеспечение соответствующего режима.

Психотерапевтическое воздействие на больных должно проводиться с самого начала, с момента поступления больной в поликлинику, приемный покой, стационар, где больные должны встретить прежде всего ласковый, внимательный, культурный прием. Недопустимым является длительное ожидание больными приема в поликлинике или приемном покое.

Размещение больных в стационаре следует производить с учетом профиля палат, характера заболеваний находящихся там больных, обстановки и т. п. Для больных после операций, для тяжело больных, в особенности для экзитирующих, необходимо выделять отдельные палаты.

Медицинский персонал не должен вступать с больными ни в какие пререкания и должен стремиться к выполнению всех разумных требований больных. Нельзя разрешать персоналу реагировать повышенным тоном на раздраженность или нервозность больных, так как почти всегда это происходит от тяжелого состояния или травмирования психики больной.



Докладывая о состоянии больного на врачебных обходах, медицинские сестры должны воздерживаться сообщать при больной у нее подозрения об ухудшении заболевания или сомнения в возможности излечения.

Результаты произведенных клинических анализов также не рекомендуется сообщать в присутствии больных, ибо последние, не понимая этих результатов, нередко расценивают их пессимистически.

Медицинский персонал своим поведением и разговорами с больными должен всегда стремиться воздействовать на психику больных в благоприятном смысле, стремиться к устранению у больных страха плохого исхода, неизлечимости и других навязчивых представлений.

В каждом больничном отделении должно быть хорошо организовано хранение медицинских документов (историй болезни, анализов и т. п.), исключающее возможность ознакомления с ними больных. Не следует выдавать на руки больным справок, выписок из истории болезни, раскрывающих неблагоприятные диагнозы и прогнозы, могущие травмировать психику больных.

Должна быть обеспечена четкая организация посещений больных родственниками. Не создавая излишних препятствий, нужно регулировать эти посещения с учетом состояния больных. Иногда целесообразно поговорить с родственниками о состоянии здоровья больной, особенно при тяжелых заболеваниях, чтобы дать им разумные советы поведения.

В больничном отделении должен быть обеспечен досуг больных (читка газет, настольные игры, специально подобранная художественная и популярная медицинская литература, положительно влияющая на психику больных, и т. п.).

Особое внимание должно быть всегда уделено созданию условий для продолжительного естественного сна (до 10 часов в сутки): тишина, уют в палатах, устранение всякого рода раздражений (световых, температурных и др.). В тех же целях в палатах на ночь окна должны занавешиваться темными шторами, должен быть в палате ночной свет.

Нужно следить за больными, как они спят, при бессоннице должны применяться снотворные средства по назначению врача.

Для терапии медикаментозным сном по специальным показаниям выделяются специальные палаты, обеспеченные соответствующим оборудованием и обстановкой.

Борьба с болью должна вестись путем широкого применения обезболивающих средств.

Все процедуры с больными (операции, перевязки, осмотры, инструментальные исследования, подкожные инъекции) должны проводиться бережно и по возможности безболезненно путем применения соответствующих обезболивающих средств. Подкожные инъекции не должны производиться тупыми иглами.



Благоустройство больничных учреждений должно быть направлено к созданию в больничных отделениях максимальных удобств для больных (соответствующее освещение, тепло, вентиляция, инвентарь, посуда и др.), уют и тишины.

Очень важным является вопрос о сигнализации для вызова больными обслуживающего персонала. Идеальной является световая сигнализация, но если таковой нет, то должны быть приняты соответствующие меры, чтобы не было слишком громких звонков. Равно необходимо позаботиться о том, чтобы телефоны не ставились в коридорах открытыми, а были бы в закрытых помещениях (в кабинах или в комнатах для медицинского персонала). Не должна допускаться в отделениях установка радиоприемников и громкоговорителей; для больных допустимо пользоваться только индивидуальными радионаушниками. Больничные отделения следует располагать так, чтобы больных не беспокоил уличный шум (гудки машин, звонки трамваев). В целях устранения «больничного шума» необходимо следить за тем, чтобы не скрипели двери, не грохотали коляски, лифты, чтобы к стульям и столам были подбиты резинки для устранения шума при их передвижении во время уборки. Коридоры и лестницы желательно обеспечить дорожками. Соответствующим образом должен быть воспитан обслуживающий персонал. Прежде всего персонал в отделениях, перевязочных и операционных в обращении друг с другом и с больными не должен громко разговаривать. Рекомендуются персоналу на работе ходить в тапочках или в другой обуви с мягкой подошвой. Уборка в палатах должна производиться бесшумно, когда больные не спят. Не следует разрешать персоналу производить в отделениях мытье посуды, ибо это всегда вызывает шум от стука тарелок, ножей, ложек и т. п.

### Режим гинекологических больных

Каждая больная в период заболевания должна соблюдать определенно установленный режим во избежание могущих возникнуть различных осложнений. Уже то обстоятельство, что почти всякое заболевание ведет к большему или меньшему нарушению обмена веществ (а это наиболее резко выражено при инфекционных поражениях), заставляет нас требовать от больных соблюдения определенного режима. При инфекционных заболеваниях женских половых органов требуется, помимо соблюдения общего режима, предъявляемого к больным вообще (пищевой режим, покой, сон, забота о нервной системе и органах кровообращения и т. д.), соблюдение еще и специфического, который должен касаться половой жизни, состояния внутрибрюшного давления и соседних органов (кишечника и мочеполового аппарата). Так как значительная часть инфекционных гинекологических заболеваний обусловливается гонорреей, то таким больным безусловно должна быть запрещена половая жизнь не только при имеющихся уже воспали-



тельных процессах, но даже при малейших начальных признаках воспаления слизистой мочеиспускательного канала или влагалища. Только полное половое воздержание при соответствующей антифимозной инфекции на матку, трубы, яичники и тазовую брюшину.

Работа, связанная с повышением внутрибрюшного давления (напряжение, поднятие тяжестей), вызывает смещение воспаленных органов и тем самым нарушение кровообращения и болезненность. В целях защиты больного органа следует регулировать труд гинекологических больных, прибегая в нужных случаях к назначению покоя или даже постельного содержания. Последнее следует назначать только при действительной необходимости, так как лежание в кровати уже само по себе действует расслабляюще, все жизненные процессы при этом совершаются вяло, влияя и на общее самочувствие больных, выбитых этим из нормальной жизненной колеи. Известно, что мышечная работа (даже обыкновенная прогулка) повышает общий тонус, и все процессы в организме совершаются энергичнее. Следует поэтому не назначать шаблонно постельного содержания, а сообразно заболеванию регулировать так или иначе образ жизни больной и ее работу.

Так как обычно у гинекологических больных почти всегда имеются жалобы на неправильность в отпавлении кишечника, то и на это в общей терапии гинекологических больных следует обратить внимание. Чаще всего можно слышать жалобы на привычные запоры. Боязнь болей при натуживании, а также от смещения воспаленных органов, которое происходит по опорожнении кишечника, ведет к произвольному сокращению мышцы, сжимающей задний проход (*m. sphincter ani*), и мускулатуры *levator ani*, что в свою очередь ведет к задержке стула. Ампула прямой кишки вследствие нарушения рефлекторного процесса теряет способность к нормальному опорожнению; это влечет за собой ее переполнение; последнее ведет к новым смещениям заболелших органов и к нарушению правильного кровообращения в тазе. Переполнение органов малого таза кровью (застойная гиперемия), обусловленное воспалительными изменениями или неправильным положением матки, не может также не отразиться на состоянии стенки кишечника, которая теряет свой нормальный тонус, а это в свою очередь опять ведет к запорам. Приведенное выше доказывает всю важность регулярной деятельности кишечника. Необходимо, однако, заметить, что медикаментозное лечение в виде слабительных не всегда приводит к цели в запущенных уже случаях, а потому для устранения запоров не следует довольствоваться шаблонным назначением слабительных, а лучше направить больную для наблюдения к врачу с целью выяснения причинных моментов расстройства деятельности кишечника и назначения соответствующего лечения.

Общегигиенический режим стационарных гинекологических больных заключается в сбривании волос на лобке и на наружных



половых органах (обычно производится в приемном покое при поступлении больной), в ежедневных обмываниях наружных половых органов и области ануса (при утренней и вечерней уборке), в еженедельных общих ваннах (если нет противопоказаний), в регулярной смене белья (подкладные простынки должны меняться ежедневно, а при обильных влагалищных выделениях по мере надобности), в тщательном наблюдении за волосами.

Повседневная практика показывает, что некоторые общегигиенические мероприятия целесообразно регистрировать для контроля в особых тетрадях. Обычно записывается дата общей гигиенической ванны, смены постельного белья.

### Методика ухода и общая терапия

В терапии женских болезней применяются различные методы, которые в основном могут быть разделены на две большие группы: 1) неоперативные, или так называемые консервативные методы терапии, и 2) оперативные, или хирургические. И те и другие виды лечения проводятся в зависимости от характера заболевания или амбулаторно (поликлинически), или стационарно.

### Применение льда, согревающих компрессов и грелок

Так как в повседневной жизни и в больничной обстановке чаще всего пользуются применением тепла и холода в виде согревающих компрессов, грелок и мешков со льдом, то на этих двух видах терапевтического воздействия мы и остановимся несколько подробнее. Будучи применены неправильно, эти мероприятия могут не только не оказать пользы, но даже принести существенный вред больной.

При применении *холода* (мешка со льдом) следует обращать внимание на то, чтобы пробка на пузыре была хорошо завинчена и талая вода не попадала на белье. Пузырь необходимо завернуть в полотенце или салфетку, ибо ввиду разницы температур на пузыре всегда будет роса (потение пузыря). Держать пузырь непрерывно не следует, так как можно получить обморожение кожи, а главное, при длительном применении холода можно достигнуть нежелательного эффекта — паралича сосудов (пассивной гиперемии). Пузырь можно держать максимум 1 час, после чего делается полчасовой перерыв. У послеоперационных больных пузырь рекомендуется держать лишь первые сутки. При более длительном его применении развивается метеоризм (вздутие) вследствие ослабления перистальтики кишок; кроме того, холод может вызвать и задержку мочеиспускания. Противопоказаниями к применению льда являются заболевания мочевых путей (цистит, пиелит, нефрит) и кишечника (колиты).

*Согревающий компресс* составляется из четырех частей: 1) влажный слой (смоченная салфетка, полотенце), 2) непроницаемый слой



(клеенка, восковая бумага), 3) слой, плохо проводящий тепло (вата, ветошь), 4) удерживающий слой (бинт).

Правильно наложенный компресс должен отвечать следующим требованиям: 1) плотно прилегать к телу, чтобы воздух извне не проникал под него; 2) салфетку, полотенце не следует смачивать настолько, чтобы с них текла вода и попадала на вышележащие слои; 3) чтобы он хорошо был фиксирован (не сдвигался).

Действие компресса складывается из следующих моментов.

1. Прикладыванием к коже смоченного в прохладной воде влажного слоя вызывается на коже реакция на холод (температурное раздражение), заключающаяся в том, что сначала происходит сужение, а затем расширение периферических сосудов.

2. Полученная реакция — гиперемия — закрепляется последующим согреванием этого участка, что достигается, с одной стороны, тем, что происходит прилив крови, а с другой — тем, что имеется слой плохого проводника тепла (вата, ветошь); кроме того, уменьшается теплоотдача, так как непроницаемый слой препятствует испарению влаги.

Для поддержания желательной теплоты следует компресс менять не более двух раз в сутки, чтобы не вызвать охлаждения и чтобы не успел совершенно высохнуть влажный слой. Когда компресс снимают, то кожу в этом месте обтирают сухим полотенцем и покрывают чем-нибудь теплым, чтобы избежать нежелательного охлаждения. Терапевтическое действие согревающего компресса при местных воспалительных процессах сводится к рассасывающему действию, отвлекающему и болеутоляющему. При точном соблюдении всего вышеизложенного согревающий компресс — доступная и простая гидротерапевтическая процедура — оказывает в подходящих случаях большую пользу.

Применение грелок также широко проводится в гинекологической практике. Они применяются для согревания больных, при подострых воспалительных процессах, перед тем как назначить более активные методы рассасывающей терапии (электросветовые ванны, лампа «соллюкс» и т. п.), после перенесенных больными больших кровопотерь и после оперативных вмешательств. Назначение их показано также при воспалительных заболеваниях мочевых путей и кишечника.

Применение грелок должно быть так же строго обосновано, как и всякое другое лечебное мероприятие: неправильно примененная грелка может принести большой вред. Кровотечения из половых органов, как правило, являются противопоказанием к назначению грелок.

У оперированных больных, не проснувшихся после наркоза, или у тех больных, которым операция производилась под спинномозговой анестезией, применение грелок должно тщательно контролироваться. Грелки должны наполняться не кипятком, а лишь теплой водой (температура  $50^{\circ}$ ), так как у этих больных вследствие потери чувствительности могут произойти ожоги кожи. Грелка должна быть плотно завинчена и завернута в полотенце или салфетку.



## Спринцевания

Влагалищные спринцевания применяются в тех случаях, когда хотят воздействовать на слизистую оболочку влагалища или влагалищную часть шейки матки путем введения лекарственных веществ, растворенных в воде. Для производства спринцевания нужно приготовить: 1) клизменную кружку (стеклянную или эмалированную) вместимостью 4—6 стаканов с присоединенной к ней резиновой трубкой длиной в 1,5—2 м, свободный конец которой снабжен или краном, или металлическим зажимом, и 2) наконечник, сделанный из стекла или из пластмассы. Применяются наконечники прямые и несколько изогнутые; конец наконечника имеет несколько мелких отверстий или одно широкое (рис. 125). Если резиновая трубка имеет металлический зажим, то она наде-

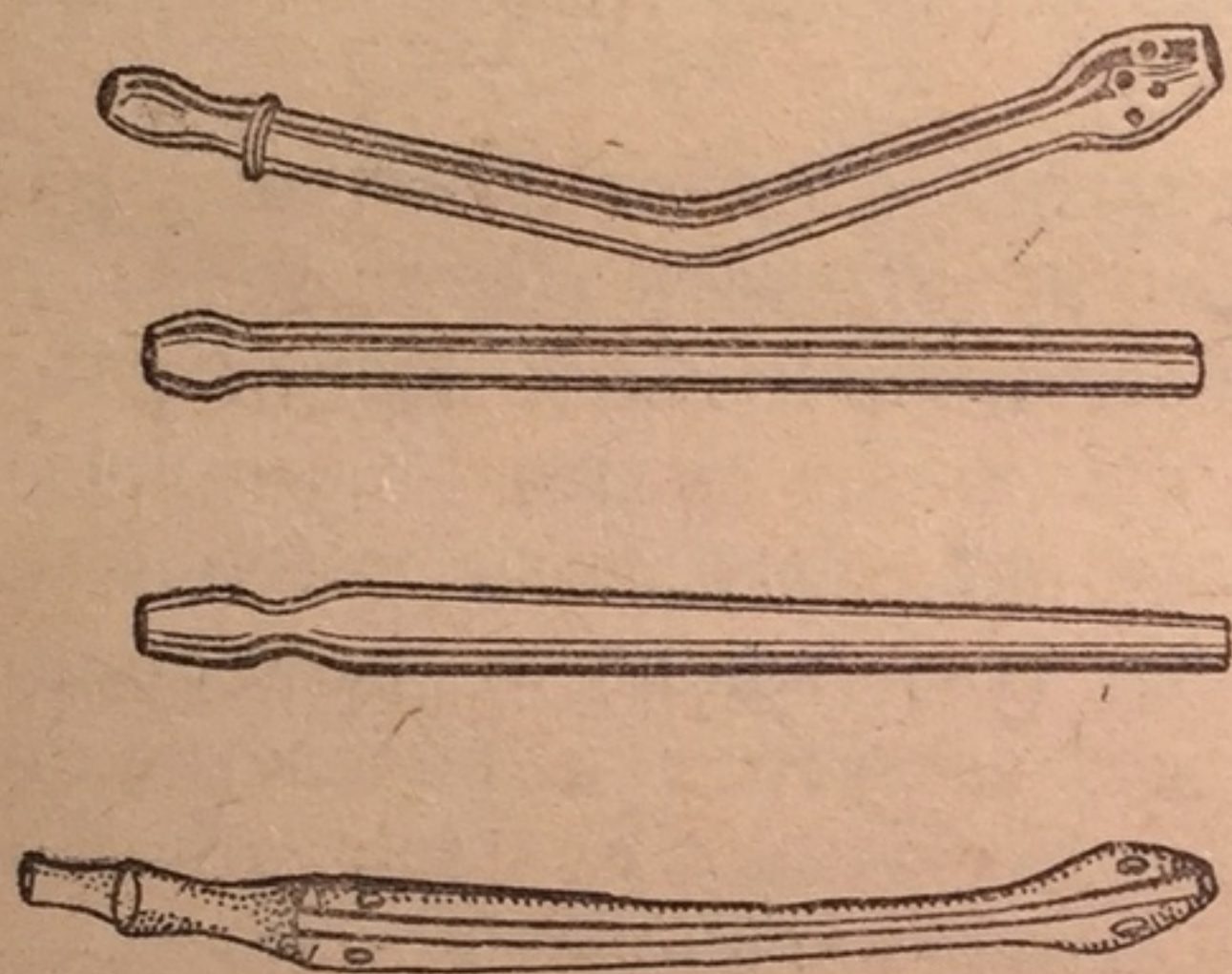


Рис. 125. Наконечники для спринцевания.

вается непосредственно на наконечник, если же она снабжена краном, то наконечник соединяется с ним короткой трубкой. Чтобы жидкость равномерно омывала стенки влагалища, спринцевания должны производиться только в лежащем положении, тем более, что после этого больную лучше оставить на некоторое время в постели.

Техника производства спринцевания следующая: тщательно вымыв кружку и резиновую трубку, соединяют последнюю с на-

конечником. Предварительно наконечник необходимо прокипятить и затем осмотреть, не имеется ли на нем трещин или каких-либо дефектов, могущих травмировать стенку влагалища. Приготовленный для спринцевания раствор выливают в кружку, проверяют температуру жидкости при помощи термометра (не на ощупь), регулируя ее прибавлением горячей или холодной кипяченой воды.

После этого спускают некоторое количество жидкости, чтобы удалить воздух и остывший в трубке раствор, а затем, хорошо раздвинув половые части, обмывают некоторым количеством жидкости вход во влагалище и вводят наконечник, направляя его по задней стенке влагалища.

Спринцевания разделяются на *горячие* (40—45°) — когда хотят воздействовать на слизистую влагалища или влагалищную часть матки жидкостью определенной температуры, и *теплые* (37—39°) — с целью удаления из влагалища выделений или введения лекарственных растворов.

Кроме того, горячие спринцевания под более высоким давлением применяются для остановки кровотечений из полости матки. Действие такого спринцевания рассчитано на сильное термическое



раздражение, благодаря которому происходит сокращение мускулатуры матки и спазм сосудов.

По роду вводимых лекарств спринцевания делятся на: 1) *антисептические* — с марганцовокислым калием, иодом, молочной кислотой (обычно таковые применяются при заболеваниях, вызванных гноеродными бактериями); 2) *вяжущие* (с таннином, квасцами, ромашкой) и 3) *щелочные* (с содой) для растворения вязких слизистых выделений. Жидкости для спринцеваний берется обычно 4—5 стаканов (800—1000 мл), а скорость ее вытекания регулируется или неполным открыванием крана, или рукой — путем сжатия трубки пальцами, чтобы жидкость не была сильной струей.

Спринцевания обычно назначаются два раза в день (утром и вечером).

При горячих спринцеваниях в целях предохранения кожи от ожогов лучше смазать кожу жиром (вазелином).

Наиболее употребительные рецепты для спринцеваний

Rp. Tannini 100,0  
DS. По 1 чайн. ложке на кружку.  
Rp. Acidi lactici 200,0  
DS. По 1—2 чайн. ложке на кружку.  
Rp. Solut. Formalini 8% — 200,0  
DS. По 1 стол. ложке на кружку.  
Rp. Zinci sulfurici  
Aluminis ust. pulv. aa 15,0  
DS. По 1 чайн. ложке на кружку.  
Rp. Solut. kalii hypermanganici 2% — 200,0  
DS. По 1 стол. ложке на кружку.

Rp. Aceti pyrolignosi crudi 200,0  
DS. По 2 стол. ложке на кружку.  
Rp. Natrii bicarbonici 50,0  
DS. По 1—2 чайн. ложке на кружку.  
Rp. Solut. Zinci chlorati 25% — 100,0  
DS. По 1—2 чайн. ложке на кружку.  
Rp. Acidi borici 100,0  
DS. По 3 чайн. ложке на кружку.

Если желают оказать более длительное термическое воздействие на глубоко локализующиеся болезненные процессы в тазовых органах, то для этих целей применяют *влагилицные души* или *орошения*.

Отличие последних от горячих спринцеваний заключается в том, что количество воды берется большее — до 10 стаканов и более (при надобности вода в кружку добавляется 2—3 раза). Продолжительность душа также дольше — 10—25 минут. Душ делается больным в лежачем положении, при этом пребывание больной в постели после производства душа должно быть не менее получаса.

Души, как и орошения, не должны производиться под большим давлением, струя воды не должна быть сильной, а поэтому кружка вешается над кроватью не выше 1 м. Смазывание наружных половых органов жиром (вазелином) является обязательным, если не применяются специальные приборы, например аппарат Ягунова, названный им — «ирригационный окклюзий». Как показано на рис. 126, он имеет грушевидную форму, делается из материала, не проводящего тепло (пластмассы), и предназначается главным образом для го-



рячих орошений минеральной водой (сероводородных источников). Аппарат, введенный во влагалище, растягивает стенки его, и поэтому горячая вода не попадает на кожу наружных половых органов, а отводится по трубке, проходящей через аппарат. При горячих душах для защиты наружных половых органов от ожогов могут

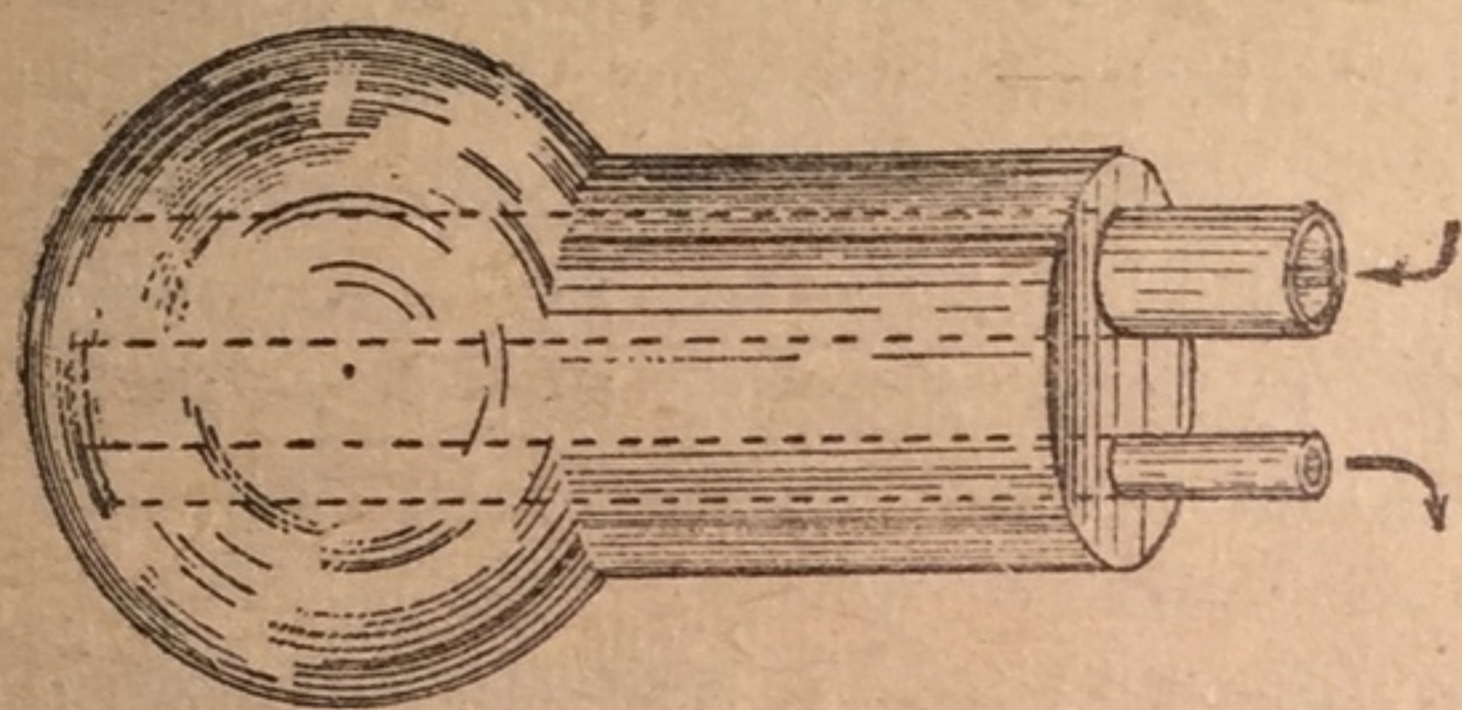


Рис. 126. Аппарат Ягунова.

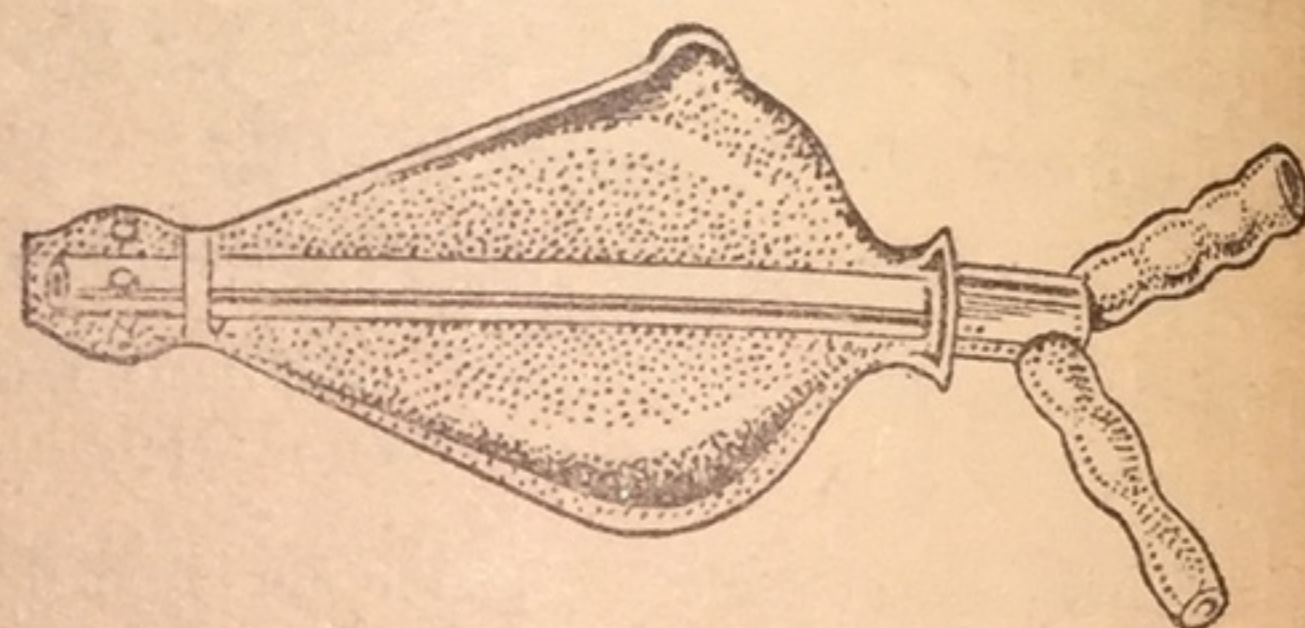


Рис. 127. Аппарат для горячих душей с обратным током.

применяться также аппараты из целлулоида с обратным током (рис. 127).

Действие горячих душей сводится к сокращению матки вследствие термического раздражения, притуплению болевой чувствительности и рассасыванию воспалительных инфильтратов. Если при применении душей появляются побочные явления, как то: падение сердечной деятельности, обмороки, бессонница, возбуждение вместо успокоения и т. п., души необходимо немедленно прекратить.

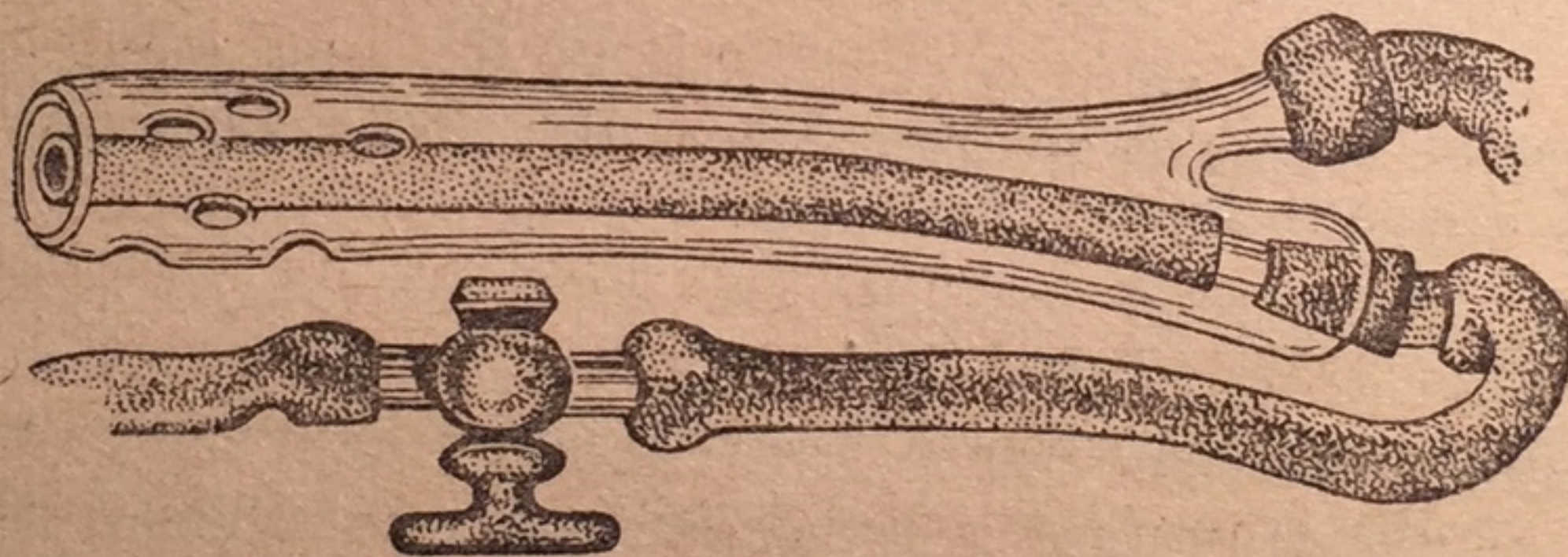


Рис. 128. Аппарат Морозова для постоянного орошения по Снегиреву.

Постоянные орошения введены были в практику Снегиревым и применялись им с хорошими результатами при септических заболеваниях, сопровождающихся высокой температурой, ознобами, потами. В этих случаях удавалось достигнуть падения температуры, улучшения общего самочувствия. Орошения производятся в течение нескольких часов подряд (2 и более), для чего употребляется специальный аппарат Морозова с обратным током.

Как видно из рис. 128, аппарат состоит из двух трубок, вложенных одна в другую, причем наружная трубка имеет два колена. Внутренняя трубка резиновая, наружная — стеклянная. Через одно колено, по внутренней резиновой трубке, жидкость поступает из кружки во влагалище, стенка которого благодаря действию струи и вытеснению воздуха плотно охватывает стеклянную трубку, присасываясь к ней на месте отверстий. Через второе колено жидкость вытекает обратно в подставленное ведро.

Для орошения  
40—50°, слабые р  
калия.  
Действие горя  
применении тепл  
организм в виде п  
ной деятельности  
этого способа),  
температуры.  
В настоящее в

Хотя в медици  
няется, тем не ме  
изменениям на ш  
зуются. Под терм  
понимается дефе  
истинные эрозии  
щих воспалитель  
результат слуши  
нием мацерации  
стадии эти истин  
часто исчезают по  
Если же этого не  
ных эрозий являе  
от раздражения  
дать, что под вид  
которые не имеют  
процессами совер  
процессы прихо  
матки, которые  
эрозии?

Помимо исти  
могут быть:  
1) хроническ  
2) псевдоэроз  
3) гиперпла  
4) изъязвив  
5) злокачеств  
Методы лече  
ветствующих г  
ных эрозий, м  
методик такого  
критической о  
Причинами  
зий чаще всего  
гоноррея) — э



Для орошения употребляются кипяченая вода температуры 40—50°, слабые растворы борной кислоты или марганцовокислого калия.

Действие горячих орошений основано на длительном местном применении тепла, оказывающем известное воздействие на весь организм в виде повышения кровяного давления, усиления сердечной деятельности (сердечные пороки противопоказуют применение этого способа), обильного потения с последующим понижением температуры.

В настоящее время постоянные орошения применяются редко.

### Лечение эрозий

Хотя в медицинской практике термин «эрозия» широко применяется, тем не менее, по существу говоря, он не соответствует тем изменениям на шейке матки, для обозначения которых им пользуются. Под термином «эрозия» в отношении слизистых оболочек понимается дефект (отсутствие) эпителиального покрова. Такие истинные эрозии наблюдаются редко, обычно при остро протекающих воспалительных процессах (чаще всего при гоноррее) как результат слущивания поверхностных слоев эпителия под влиянием мацерации патологическими выделениями. Как раз в острой стадии эти истинные эрозии сами по себе не требуют лечения и часто исчезают по мере затихания острой воспалительной реакции. Если же этого не происходит, то лучшим методом лечения истинных эрозий является защита эрозированной ткани жирными мазями от раздражения выделениями. Гораздо чаще приходится наблюдать, что под видом «эрозий» лечат на шейке матки такие процессы, которые не имеют ничего общего с истинными эрозиями, а являются процессами совершенно иного порядка. Какие же патологические процессы приходится наблюдать на влажной части шейки матки, которые неопытными людьми могут расцениваться как эрозии?

Помимо истинных эрозий на влажной части шейки матки могут быть:

- 1) хронические инфекционные процессы (сифилис, туберкулез);
- 2) псевдоэрозии (эктопии, эктропион);
- 3) гиперпластические процессы (предраковые заболевания);
- 4) изъязвившиеся доброкачественные опухоли (фибромиомы);
- 5) злокачественные новообразования (рак, саркома и др.).

Методы лечения упомянутых процессов были изложены в соответствующих главах, поэтому, обсуждая вопрос о лечении истинных эрозий, мы хотели бы остановиться не столько на описании методик такого рода терапевтических вмешательств, сколько на их критической оценке.

Причинами истинных (остро и хронически протекающих) эрозий чаще всего бывают воспалительные процессы (преимущественно гоноррея) — эндоцервициты, эндометриты. Однако нужно иметь



в виду, что иногда приходится наблюдать эрозии при неправильных положениях матки, обуславливающих застойные явления в тазе и повышенную секрецию желез матки. Наблюдаются эрозии иногда при некоторых общих заболеваниях (хлороз, ожирение, овариальная дисфункция, диабет).

Недопустимо смешивать *истинные эрозии* с так называемыми *псевдоэрозиями*. К последним должны быть отнесены иногда наблюдаемые на влагалищной части шейки матки *эктопии* и *эктропион* (выворот) шейки матки, образующиеся на почве родовой травмы шейки.

Под термином «эктопия» следует понимать нахождение цервикального эпителия в несвойственном для него месте, т. е. на поверхности влагалищной части шейки матки, за пределами наружного зева, что, по существу говоря, должно относиться к порокам развития.

В этих случаях участки цилиндрического эпителия, имеющие красный цвет и выделяющиеся на бледном фоне плоского эпителия, покрывающего влагалищную часть шейки, *симулируют эрозию*.

Дефекта ткани (эпителия) в таких случаях нет.

Аналогичная картина наблюдается и при эктропионе (вывороте) шейки матки. Шеечный канал в таких случаях зияет, вывернувшаяся слизистая оболочка его своим красным цветом также *симулирует эрозию*. Правда, при вывороте шейки матки слизистая оболочка зияющего шеечного канала нередко эрозируется, и тогда наблюдается картина выворота шейки матки с эрозированной слизистой оболочкой.

Какой же принцип должен быть положен в основу лечения истинной эрозии?

При местном лечении эрозии не должны применяться средства, способствующие дальнейшему раздражению эрозированной ткани. Поэтому при истинных (десквамативных) эрозиях, наряду с устранением основной производящей причины (в огромном большинстве случаев таковой являются эндоцервициты), необходимо прежде всего защитить эрозированную ткань от раздражения выделениями (белями); это может быть достигнуто путем применения жирных масел (вазелиновое масло, рыбий жир и др.) или жирных мазей с примесью не обладающих раздражающим действием дезинфицирующих средств (риванол, ксероформ).

При таком лечении язвенная поверхность эпителизируется.

Категорическому осуждению подлежит лечение эрозий прижигающими химическими средствами, из которых до сих пор еще пользуется незаслуженной популярностью ляпис (глубокие и поверхностные прижигания, «ванночки» из ляписа и т. п.).

С нашей точки зрения подлежит пересмотру и вопрос о целесообразности применения при эрозиях ихтиоловых тампонов, напоминающих дегтярные смазывания при экспериментальном воспроизведении злокачественных опухолей. При эктопии на влагалищной части шейки матки показана электрокоагуляция, при

эктропионе — или  
термоэксцизия.  
При выборе метод  
матки мы должны  
леваный. Среди онк  
Если в тканях  
пролиферативного ха  
Никакая лекар  
оказать раздражител  
сильных превраще  
чественного  
К радикальным  
(предраковых забол  
ства (пластические  
путация шейки ма  
(диатермокоагуляци  
При специальных по  
вая терапия. кажды  
зания.

Тампонада матк  
(доврачебной) помо  
ее. Действие маточн  
выполняющий поло  
сосуды, с другой  
ние стенок матки,  
Способ этот небезо  
чисто (асептично)  
матки.

Техника тампонад  
зани, передняя и зад  
канал шейки матки з  
расширителями Гегар  
или специальным там  
в полость матки до дн  
захватывают тампон  
пор, пока вся полост  
держался, влагалищ  
тампонатора выгон  
извлечения из полост  
как это часто случа  
того, он имеет небо  
спереди.

Тампон оставл  
осторожным потя  
ния, с тем, чтобы  
заменен другим  
производится на



эктропионе — или пластические хирургические операции или диатермоэксцизия.

При выборе метода лечения гиперпластических процессов шейки матки мы должны исходить из оценки их как предраковых заболеваний. Среди онкологов нет расхождений по этому вопросу.

Если в тканях произошли стойкие патологические изменения пролиферативного характера, лечение должно быть радикальным. Никакая лекарственная терапия в таких случаях не может оказать воздействия, а в некоторых случаях (при применении сильных раздражителей) приносит вред в смысле ускорения злокачественного превращения.

К радикальным методам лечения гиперпластических процессов (предраковых заболеваний) относятся хирургические вмешательства (пластические операции с удалением пораженных тканей, ампутация шейки матки), диатермохирургические вмешательства (диатермокоагуляция, диатермопунктура, диатермоэксцизия). При специальных показаниях может быть также применена радиоволновая терапия. Каждый из перечисленных методов имеет свои показания.

### Тампонада матки

Тампонада матки производится иногда в порядке экстренной (доврачебной) помощи с целью остановки кровотечений из полости ее. Действие маточной тампонады двойко: с одной стороны, тампон, выполняющий полость матки, оказывает давление на кровоточащие сосуды, с другой — как инородное тело он вызывает сокращение стенок матки, благодаря чему кровотечение прекращается. Способ этот небезопасен и должен быть обставлен безукоризненно чисто (асептично) во избежание занесения инфекции в полость матки.

*Техника тампонады:* шейка матки обнажается ложкообразными зеркалами, передняя и задняя губы ее захватываются пулевыми щипцами, и если канал шейки матки закрыт, то производится предварительное его расширение расширителями Гегара до № 10. Затем длинным анатомическим пинцетом или специальным тампонатором берут конец стерильного тампона и вводят в полость матки до дна ее. Инструмент извлекают наружу, после чего им снова захватывают тампон несколько ниже и снова вводят в полость матки до тех пор, пока вся полость не будет выполнена тампоном. Чтобы тампон хорошо держался, влагалище также рыхло тампонируется. Применение специального тампонатора выгодно потому, что он не имеет на концах нарезок и при его извлечении из полости матки он не увлекает за собой введенного тампона, как это часто случается, если тампонируют обыкновенным пинцетом; кроме того, он имеет небольшую кривизну, соответствующую наклонению матки кпереди.

Тампон оставляется обычно на 24 часа, после чего его вынимают осторожным потягиванием за конец, всегда на столе для исследования, с тем, чтобы в случае повторного кровотечения он мог быть тут же заменен другим, чего нельзя сделать, если извлечение тампона производится на кровати.



## Лечение тампонами

Лечение тампонами при различных воспалительных заболеваниях матки (эндометритах, метритах, заболеваниях придатков, эрозиях на шейке) способствует рассасыванию продуктов воспалительного процесса. Обычно применяют тампоны, смоченные глицерином в комбинации с ихтиолом, иодом. Глицерин благодаря свойству притягивать к себе жидкость способствует усиленной секреции из шейки матки и смежных областей. Этим объясняется то, что больные в начале лечения тампонами начинают жаловаться на увеличение выделений из влагалища.

При эрозиях на шейке матки мы считаем целесообразным применять тампоны, смоченные вазелиновым маслом, и то только при эрозиях десквамативных, т. е. при эрозиях, обусловленных слущиванием поверхности слоев эпителия вследствие смачивания тканей шейки выделениями при воспалительных процессах. Тампоны с ихтиолом вообще мы применять не рекомендуем из опасности усиления раздражения эрозированной ткани.

Тампоны готовят из комка ваты, обернутого марлей и перевязанного крест-накрест крепкой ниткой, концы которой оставляются для извлечения вложенного тампона. Перед введением тампона необходимо при помощи зеркал обнажить шейку матки, тщательно очистить влагалище от слизи и выделений и, захватив тампон длинным пинцетом, приложить его к наружному зеву или ввести в задний свод. Концы нитки, которой тампон перевязан, остаются снаружи. Удаляется тампон самой больной через 12—24 часа потягиванием за нитку, после чего делается теплое спринцевание с прибавлением соды (чайную ложку на кружку) или поваренной соли. Чтобы не вызвать резкого раздражения слизистой оболочки влагалища, тампоны назначаются обычно через день.

Наиболее употребительные рецепты для тампонов

Rp. Ichthyoli 5,0—10,0  
Glycerini 100,0  
MDS. Для тампонов.

Rp. T-rae iodi 10,0  
DS. По 10—20 капель на рюмку  
глицерина для тампонов.

Иногда тампонация применяется с целью дать более покойное положение заболевшему органу, а также создать лучшие условия для кровообращения и лимфообращения. В этих условиях применяется длинный тампон, которым тампонируют сначала своды влагалища, а после и само влагалище, благодаря чему создается плотная опора для внутренних половых органов. Рекомендуются такая тампонация (колюмнизация) при хронических заболеваниях труб и яичников, а также при опущении последних.

Внутриматочные впрыскивания, смазывания и прижигания применяются исключительно с лечебной целью, чтобы воздействовать на стенки самой матки. Для впрыскивания употребляется обыкновенный шприц, снабженный специальным длинным, изогнутым



на конце наконечником (рис. 129). Перед употреблением шприц и наконечник должны быть прокипчены, равно как и всякий инструмент, который вводится в полость матки. Во избежание занесения инфекции больная должна быть соответствующим образом подготовлена, т. е. произведено обмывание наружных половых частей и влагалища. Для производства впрыскивания нужно, кроме особого шприца, приготовить следующие инструменты: длинный пинцет, ложкообразное зеркало и подъемник. Если впрыскивание производится впервые и у нерожавшей больной, то на всякий случай необходимо также приготовить маточный зонд, пулевые щипцы и расширители № 3 и 4, так как при узком канале шейки матки иногда приходится прибегать к расширению шейки. С терапевтической целью в полость матки чаще всего вводят иод и препараты серебра (аргентамин).

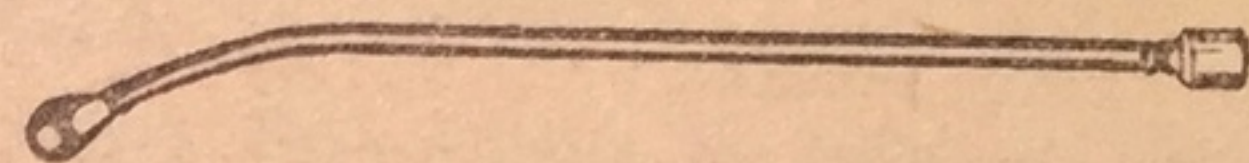


Рис. 129. Наконечник для внутриматочных впрыскиваний.

К сожалению, и до сих пор еще имеют место впрыскивания в матку иода с целью «вызывания месячных» при задержке последних. Тот, кто не отдает или не желает отдавать себе отчета в том, что при этом происходит и какой вред наносится женщине, должен все же знать, что если задержка менструации обусловлена наступившей беременностью, то, впрыскивая иод, вызывают не месячные, а кровотечение, которое происходит в силу того, что нарушается беременность. Не говоря уже о том, что нарушение беременности этим путем может вести к целому ряду осложнений и заболеваний, внутриматочное впрыскивание само по себе — вмешательство небезразличное и сопряжено с опасностью. Опасность эта заключается во внесении инфекции, если впрыскивание производится недостаточно асептично, в возможности повреждения матки (вплоть до перфорации ее), что особенно легко сделать на беременной матке, если впрыскивание производится малоопытными руками. Наконец, опасность манипуляции в полости матки заключается еще в том, что как впрыскивание, так и смазывание полости матки могут вызвать рефлекторное сокращение мышечной стенки матки, передающееся и на стенки труб. Если в последних имеется воспалительный экссудат (особенно часто встречающийся при гонорройном поражении), то он из труб может попасть в брюшную полость и вызвать тяжелое осложнение в виде заражения тазовой брюшины.

Внутриматочные впрыскивания опасны тем, что, помимо воспалительных процессов в малом тазе, они могут вести к стойкой аменорее и, наконец, часто сопровождаются шоком, который наступает вслед за впрыскиванием и может даже вести к смертельному исходу. Следовательно, применение внутриматочных впрыскиваний с целью «вызывания месячных» недопустимо ввиду того, что после них происходят грубые нарушения в половом аппарате, ведущие сначала к расстройству функции



последнего, а затем и всего организма в целом (см. главу о бесплодии).

Все вышеизложенное показывает, насколько ответственное и серьезное вмешательство представляют всякие манипуляции в полости матки, почему они и должны производиться исключительно врачом и только в больничной обстановке.

Внутриматочные смазывания и прижигания производятся зондом, обмотанным куском марли или ваты. Для того, чтобы произвести смазывание полости матки, необходимо предварительно расширить шейку, так как вследствие узости канала шейки обмотанный зонд ввести в полость матки не удастся. Обматывание зонда производится с конца (где имеется нарезка) таким образом, что угол марлевой салфетки заворачивается внутрь, а остальная часть ее обматывается по зонду в направлении к рукоятке. Можно обматывать зонд и полоской ваты, после чего им протирают полость матки после выскабливания ее; таким же зондом производится прижигание или смазывание канала шейки матки. Последнее опасно тем, что при применении сильно действующих средств можно вызвать рубцовое сужение канала или даже полное его заращение. Более глубокие прижигания шейки или, вернее, выжигания производятся аппаратом Пакелена (например раковых язв перед операцией).

### Лечебные клизмы

Лечебные клизмы применяются или с целью воздействия теплом на органы малого таза (горячие клизмы), или же с целью введения лекарственных препаратов через прямую кишку. Горячие клизмы иногда применяются вместо горячих душей при воспалительных процессах в малом тазе, особенно при воспалительных процессах в параректальной клетчатке и тазовой брюшине при наличии послеоперационных инфильтратов, а также во всех тех случаях, когда применение влагалищных душей невозможно или почему-либо нежелательно. В отдельных случаях горячие клизмы с успехом применяются при упорных запорах, а также при геморрое.

Горячие клизмы делаются из физиологического раствора при температуре 40—50° в количестве от одного до двух стаканов. Они производятся из той же эсмарховской кружки через гуттаперчевые или эбонитовые наконечники (стеклянные сильно нагреваются, поэтому их нельзя рекомендовать). Вливание нужно производить медленно.

Лекарственные клизмы применяются в меньших количествах —  $\frac{1}{2}$ — $\frac{3}{4}$  стакана жидкости при температуре 38—39°. Из медикаментов в состав клизмы чаще всего входят: хлоралгидрат (1—2 г на клизму), бром (2 столовых ложки 5% раствора), антипирин (как болеутоляющее по 0,5—1 г на клизму). Все эти препараты вводятся в физиологическом растворе при помощи клизмы (50—100 г на клизму) в тех случаях, когда введение их per os (через рот) не по-

казано: например  
ионной рвоте и т. п.  
Кроме того, клизм  
рой 38—39° назнача  
ными кровопотерями  
Быстро всасыва  
влияние на больну  
кровяное давление по  
Обычно в таких слу  
логического раство  
мий клизм из гипер  
сказано ниже.

Фарм

Кровоос  
Secale cornutum  
riprirea, являюще  
дится главным обра  
что способствует у  
вательно, и связан  
дит себе применен  
ствием воспалител  
так и слизистой о  
того, при кровоте  
узлов в матке.

Наиболе

R

R

Кроме того,  
в виде подкожн  
эрготина). Недо  
они очень болез  
на тщательную  
для подкожных  
Медицинско  
(Pregnantolum)  
средство.

Действие п  
которой прегн  
сичен, стойк  
вызывает поб



казано: например при бессознательном состоянии, послеоперационной рвоте и т. п.

Кроме того, клизмы из физиологического раствора с температурой 38—39° назначаются после чревосечений, связанных с обильными кровопотерями с целью борьбы с обезвоживанием организма.

Быстро всасываясь, такие клизмы оказывают благоприятное влияние на больную. Быстро улучшается деятельность сердца, кровяное давление повышается, пульс становится ровным и полным. Обычно в таких случаях назначают капельные клизмы из физиологического раствора с глюкозой. О применении после лапаротомий клизм из гипертонических растворов поваренной соли будет сказано ниже.

### Фармакологические способы лечения

#### Кровоостанавливающие средства

*Secale cornutum* (спорынья) получается из грибка *Claviceps purpurea*, являющегося паразитом ржи. Действие спорыньи сводится главным образом к тетаническому сокращению мышцы матки, что способствует уменьшению кровенаполнения органа, а следовательно, и связанной с этим кровопотери. В гинекологии она находит себе применение при мено- и метроррагиях, являющихся следствием воспалительных заболеваний как мышцы матки (метрит), так и слизистой оболочки ее (эндометрит). Спорынью дают, кроме того, при кровотечениях, обусловленных наличием фиброматозных узлов в матке.

Наиболее употребительные рецептурные формулы

*Rp.* Pulv. *Secalis cornuti* 0,3—0,5  
DS. 3 порошка в день.

*Rp.* Extr. fluidi *Secalis cornuti* 10,0  
DS. По 15—30 капель 3 раза в день.

*Rp.* Infus. *Secalis cornuti* ex 6,0—8,0  
200,0  
DS. По 1 стол. ложке 4—6 раз в день.

Кроме того, применяют экстракт спорыньи — эрготин (обычно в виде подкожных впрыскиваний по 1—2 ампулы 10% раствора эрготина). Недостатком инъекций этого препарата является то, что они очень болезненны и дают инфильтраты в месте укола, несмотря на тщательную асептику. Из патентованных препаратов спорыньи для подкожных впрыскиваний заслуживает внимания секакорнин.

Медицинской промышленностью выпущен препарат *прегнантол* (*Pregnantolum*) — синтетическое маточное и кровоостанавливающее средство.

Действие *прегнантола* на матку такое же, как и спорыньи, перед которой *прегнантол*, однако, имеет ряд преимуществ: он мало токсичен, стоек при хранении, не повышает кровяного давления и не вызывает побочных явлений.



Назначается по 1 таблетке (0,002 г) 3—4 раза в день, а при подкожном применении по 1 мл 1% раствора 1—2 раза в день.

*Gossypium herbaceum* (травянистый хлопчатник) — растение, из которого вырабатывается вата; применяется при кровотечениях в виде жидкого экстракта — *Extr. fl. Gossipii herbacei* — по столовой ложке 3—4 раза в день.

Сферофизин (*Sphaerophysinum*) — алкалоид из растения *Sphaerophysa salsola* — является производным гуанидина. Сферофизин действует на мускулатуру матки, усиливая ее сокращение. Рекомендуется также при лечении гипертонии. Как маточное средство сферофизин назначается в виде подкожных инъекций по 1—2 мл 1% раствора 1—2 раза в сутки. Не обладает кумулятивными свойствами.

*Extr. fluid. Polygoni hydropiperis* — вытяжка из водяного перца — назначается по 25—30 капель 3 раза в день. Этому препарату приписывают повышение свертываемости и вязкости крови, чем и обуславливается его кровоостанавливающее свойство. Кроме того, он, повидимому, обладает и обезболивающими свойствами.

Иногда полезны бывают сочетания различных кровоостанавливающих, как, например:

*Rp.* *Extr. fl. Polygonii hydropip.*  
*Extr. fl. Viburni prunifol.*  $\overline{aa}$  7,5  
MDS. По 30—40 капель 3 раза в день.  
*Rp.* *Extr. fl. Secalis cornuti*  
*Extr. fl. Viburni prunifol.*  $\overline{aa}$  7,5  
MDS. По 30 капель 3 раза в день.

В качестве кровоостанавливающего средства может применяться также экстракт из задней доли мозгового придатка (гипофиза) — питуикрин Р. Наиболее характерным и вместе с тем наиболее важным в терапевтическом отношении свойством питуикрина Р является его способность усиливать сокращения гладких мышц (в том числе и мышц матки). Поэтому питуикрин Р находит применение при послеоперационной атонии кишечника и мочевого пузыря; широко применяется он и в акушерской практике (в послеродовом периоде — при атонических кровотечениях, для сокращения матки). Что касается гинекологических заболеваний, то применение питуикрина Р рекомендуется при маточных кровотечениях (периода полового созревания и климактерических), при хронических метритах, при кровотечениях после аборта. Некоторые рекомендуют применять его в тех случаях, когда кровотечения обусловлены усиленной функцией яичника. Питуикрин Р выпускается в ампулах для внутримышечных инъекций.

К кровоостанавливающим с обезболивающим действием относится *Extr. fluid. Viburni prunifolii* — по 30—40 капель 3 раза в день, а также патентованные препараты — стиптицин (солянокислый катарнин) и стиптол (фталевокислый катарнин). Как тот, так и другой употребляются в таблетках по 0,05 (по 1 таблетке 3 раза в день).



## Обезболивающие средства.

В качестве обезболивающих хорошо действуют различные салициловые препараты: антипирин, фенацетин и, особенно, салипирин (для всех разовая доза 0,3—0,5 по 2—3 раза в день). К обезболивающим средствам относится также применяемая в гинекологии индийская конопля, особенно в тех случаях, когда назначение более сильных наркотиков почему-либо нежелательно или противопоказано. Применяется она в виде Tinct. Cannabis indicae по 5—10 капель при болях (лучше после еды). Назначая это средство, нужно иметь в виду, что иногда индийская конопля оказывает и побочное действие — особенно у больных с неустойчивой нервной системой (бред, галлюцинации и другие расстройства психики).

В гинекологической практике болеутоляющие средства обычно назначают в форме суппозиторий или подкожно. Наибольшим распространением пользуются препараты белладонны, морфина, пантопона и опия. Все эти наркотики обычно назначаются в дозе 0,015—0,02 на прием.

*Rp.* Morphini hydrochlorici 0,015  
Butyr. Cacao q. s. ut f. supp.  
D.t.d. № 6  
S. Свечи.

Если наркотики приходится применять длительно, то лучше назначать кодеин в виде порошков или таблеток per os.

*Rp.* Codeini phosphorici 0,015  
Natr. bicarbonici 0,2  
M. f. pulv. D.t.d. № 12  
S. По 1 порошку 3 раза в день.

Если требуется получить быстрый эффект, лучше наркотики назначать в виде подкожных впрыскиваний по одной ампуле 1% раствора Morphii muriatici. У больных с склонностью к поносам, сопровождающимся болезненными тенезмами, показано применение свечей с опиумом, например:

*Rp.* Extr. Opii 0,015—0,02  
Butyri Cacao 1,5 ut f. supp.  
D.t.d. № 6  
S. Свечи.

Часто у гинекологических больных приходится наблюдать повышенную возбудимость нервной системы; особенно это касается больных с хроническими заболеваниями. В таких случаях уместно применение бромистых препаратов и валерианы, например в таком сочетании:

*Rp.* Inf. Rad. Valerianae 8,0 : 180,0  
Natr. bromati 2,0—4,0  
Codeini 0,15  
MDS. 4 раза в день по стол. ложке.



При лечении тампонами с целью *рассасывания* воспалительных изменений употребляют в сочетании с глицерином иодную настойку.

Иодная настойка прибавляется в количестве 10 капель на 15,0 глицерина. Ихтиол может быть применен и в суппозиториях в такой прописи:

*Rp.* Ichthyoli 0,3  
Butyri Cacao 1,5  
M. f. supp. D.t.d. № 6  
S. По 1 свечке ежедневно.

Что касается различных медикаментов, применяемых в гинекологии для спринцеваний, то об этом мы уже упоминали в главе о лечении спринцеваниями (стр. 211).

Наконец, нередко применяемый в гинекологии хинин является хорошим противовоспалительным и жаропонижающим средством. Вопрос о применении его при ненарушенной беременности и по настоящее время остается не решенным окончательно, а потому лучше быть осторожным при применении хинина у беременных женщин, так как иногда при применении его приходится наблюдать случаи выкидыша (правда, в случаях употребления сравнительно больших доз) вследствие сокращающего действия хинина на мышцу матки. Хинин во время беременности может назначаться только врачом.

С терапевтическими целями хинин употребляется в обычных дозах по 0,3 до 3 раз в день.

### Сульфаниламиды и антибиотики

Говоря о фармакологических средствах, которые применяются при терапии гинекологических заболеваний, нельзя не остановиться на сульфаниламидных препаратах и антибиотиках (пенициллин), которые за последнее десятилетие нашли широкое распространение в гинекологии. Принимая во внимание, что в круг обязанностей среднего медицинского персонала не входит назначение методов лечения больным, а лишь осуществление некоторых видов лечения под наблюдением врача, мы не будем останавливаться на подробностях показаний к применению тех или иных препаратов, а укажем только на те общие принципы, которыми необходимо руководствоваться при назначении упомянутых видов лечения.

**Сульфаниламидные препараты.** Родоначальником, если можно так выразиться, всех сульфаниламидных препаратов явился белый стрептоцид, который содержит в себе бензольное ядро и по химической структуре представляет парааминофенил-сульфамид. Все остальные сульфаниламидные препараты по химической структуре представляют белый стрептоцид, в котором один атом водорода амидогруппы заменен или пиридином (сульфидин), или метилтиазолом (сульфазол), или тиазолом (сульфатиа-



зол), или пиримидиновым радикалом (сульфадиазин). Сульфаниламидные препараты действуют бактериостатически.

Назначение тех или иных сульфаниламидных препаратов должно производиться врачом и в каждом отдельном случае должно быть строго индивидуализировано. Однако в своей повседневной работе практические врачи могут пользоваться некоторыми проверенными схемами лечения, разработанными специальными комиссиями ученых и утвержденными Министерством здравоохранения СССР. Лица среднего медицинского персонала также должны быть знакомы с упомянутыми инструкциями и схемами, в которых они могут почерпнуть для себя много ценных и практически важных сведений, особенно при лечении, например, таких заболеваний, как сифилис, гоноррея и мягкий шанкр.<sup>1</sup>

Сульфаниламидные препараты в гинекологии получили широкое распространение при лечении гонорреи, при различных других инфекционных процессах септического характера.

Все случаи острой гонорреи в настоящее время подлежат лечению пенициллином или одним из сульфаниламидных препаратов (сульфадиазин, сульфатиазол, сульфазол, сульфидин, белый стрептоцид и др.).

Сульфадиазин, сульфазол, сульфатиазол (или норсульфазол) и сульфидин обычно назначают в количестве 20 г на 4 дня, по 1 г 5 раз в день через каждые 4 часа, с таким расчетом, чтобы ночной перерыв не превышал 7—8 часов. Нужно иметь в виду, что сульфадиазин, норсульфазол и сульфазол являются менее токсичными и легче переносятся больными.

Белый стрептоцид применяется по 3 г в день (по 0,6 г 5 раз) в течение 10—14 дней. В условиях стационара этот препарат можно назначать первые 6 дней по 1 г 4 раза в день, а в последующие 8 дней по 1 г 3 раза в день. Обычно применение сульфаниламидных препаратов при гоноррее комбинируется с другими видами лечения (местная терапия, иммунотерапия, вакцинотерапия и др.).

В случаях неудовлетворительного результата сульфаниламидной терапии гонорреи назначают пенициллин. Примерно в таких же дозах сульфаниламиды применяются и при других инфекционных процессах. Противопоказаниями к применению сульфаниламидных препаратов являются:

- 1) резко выраженные заболевания сердечно-сосудистой системы и крови;
- 2) активный туберкулез легких;
- 3) язвенная болезнь, болезни печени;
- 4) нефрозо-нефриты, базедова болезнь, эпилепсия, тяжелые эндокринные заболевания;
- 5) все виды патологической беременности, сопровождающиеся токсикозами.

<sup>1</sup> См. инструкции и схемы лечения сифилиса, гонорреи и мягкого шанкра. Медгиз, 1948.



При лечении сульфаниламидными препаратами почти всегда наблюдаются некоторые побочные явления: общая слабость, головокружение, отсутствие аппетита, небольшая головная боль. Эти явления не должны препятствовать продолжению лечения.

Сульфаниламидные препараты иногда способствуют камнеобразованию (из кристаллов тех же препаратов) в мочевых путях, вызывая типичные приступы почечной колики.

При сильных головных болях, появлении рвоты, кожных сыпей, при онемении в конечностях, резком учащении пульса, появлении цианоза, желтухи лечение сульфаниламидными препаратами следует временно прекратить. При наличии подобных явлений с целью выведения токсинов из организма следует назначить больной обильное питье, очистительные клизмы или слабительное.

Если после 3—4-дневного перерыва упомянутые явления исчезнут, можно возобновить лечение сульфаниламидными препаратами. Однако, если побочные явления возникнут вновь, дальнейшее применение сульфаниламидов необходимо прекратить.

**Пенициллинотерапия.** Пенициллин представляет собой продукт обмена плесени *Penicillium notatum* или *crustosum*. Действие пенициллина бактериостатическое (задерживающее рост микробов), однако в больших дозах он действует на ряд микробов, в том числе на гонококки, бактерицидно (бактериеубивающе).

Продажный пенициллин представляет собой безводную натриевую соль, которая содержит от 20 до 80% чистого пенициллина, имеет вид гигроскопического порошка, окрашенного в желтый цвет. Активность препаратов пенициллина измеряется условными единицами (Е).

Пенициллин при высокой температуре разлагается, поэтому он должен сохраняться при температуре не выше 10°. При контакте с рядом химических веществ пенициллин теряет свои свойства. К таким веществам относятся: кислород, перекись водорода, марганцовокислый калий, хлор, бром, иод, хлорамин, формалин, фенол, ртуть, серебро, медь, цинк и их соли, кислоты, щелочи, спирты, глицерин, сулема, ляпис и т. п. Для инъекций пенициллин растворяется или в стерильном физиологическом растворе, или в дважды дистиллированной воде. Содержание ампул растворяется с таким расчетом, чтобы концентрация раствора была от 10 000 до 20 000 Е в 1 мл.

Пенициллин токсическими свойствами не обладает, побочных явлений при его применении почти не наблюдается. Вводится обычно путем внутримышечных инъекций, а иногда и внутривенно.

Пенициллин является одним из самых эффективных средств лечения гонорреи и большинства инфекционных процессов, вызванных различными микробами. Практически противопоказаний к применению пенициллина при гоноррее и инфекционных процессах не существует. Дозы пенициллина при лечении гонорреи различны и



зависят от клинического течения болезни. Средние суточные дозы пенициллина при острых местных гонорройных процессах (уретрит, эндоцервицит) составляют 200—300 тысяч Е — по 50 000 Е каждые 3 часа. Однако нередко эти дозы при восходящей гоноррее повышаются до 1 миллиона Е в сутки и более.

При септических процессах дозировка и методика применения зависят от характера и остроты инфекции.

Так, при стрептококковом сепсисе вводится за сутки 300 000—400 000 Е пенициллина, при стафилококковом — до 500 000 Е. При наличии грозных общих явлений (бред, бессознательное состояние, кровоизлияния в кожу и слизистые оболочки и т. п.) доза увеличивается в  $1\frac{1}{2}$ —2 раза или назначается внутривенное введение пенициллина (не все препараты годны для внутривенного введения!!) в количестве 6 000—10 000 Е в час (путем капельного введения). В среднем на лечение одной септической больной расходуется от 2 до 5 миллионов Е пенициллина. Иногда же эти дозы увеличиваются до 12—15 миллионов Е.

Отсутствие благоприятного результата от применения пенициллина при септических заболеваниях может зависеть от ряда причин:

- 1) от устойчивости микробов к пенициллину; чаще это наблюдается при септических процессах, вызванных белым стафилококком, кишечной палочкой, палочкой сине-зеленого гноя, энтерококком;

- 2) от недостаточной дозировки и нерегулярного введения препарата;

- 3) от слишком позднего применения препарата, когда изменения в организме стали необратимыми (септический эндокардит, множественные гнойные метастатические очаги, абсцессы мозга, общий амилоидоз);

- 4) от наличия нескрытого гнойного очага (пиемия).

При лечении септических заболеваний пенициллинотерапия в настоящее время является несомненно ведущей. Благодаря пенициллину спасено огромное число жизней и сепсис перестал быть тем грозным заболеванием, которым он до недавнего времени считался. Правильное и своевременное применение пенициллина сводит к минимуму смертность от септических заболеваний. Необходимо только помнить, что в ряде случаев пенициллинотерапия должна комбинироваться с другими методами лечения (химиотерапией, в частности с применением сульфаниламидов, с иммунотерапией, хирургическим вмешательством — вскрытием абсцессов и т. п.).

Наконец, необходимо отметить не только лечебное, но и профилактическое значение применения пенициллина. В ряде случаев своевременное назначение пенициллина может предупредить развитие септических процессов. В этих целях следует применять пенициллин и местно (при абсцессах, флегмонах, при лечении инфицированных ран). В настоящее время большинство хирургов-



гинекологов вводит в брюшную полость после лапаротомии 100—200 тысяч Е пенициллина для предупреждения воспалительных послеоперационных осложнений.

Широкое применение нашла пенициллинотерапия при различных осложнениях в послеоперационном периоде (инфильтраты в брюшной полости, в ране, осложнения со стороны легких и т. п.). В целях ограничения числа инъекций суточную дозу пенициллина можно ввести в два приема. Для этого в качестве растворителя применяют не физиологический раствор, а 5% раствор пирамидона в количестве 1—2 мл. Инъекции производятся при такой методике только 2 раза в сутки (утром и вечером).

**Лечение стрептомицином.** Стрептомицин — антибиотик, обладающий антибактериальной активностью не только в отношении некоторых грамположительных, но и грамотрицательных микробов. 1 г химически чистого стрептомицина содержит 1 000 000 единиц биологического действия, т. е. 1 единица биологического действия стрептомицина равна 0,001 мг. Стрептомицин растворяется в стерильном физиологическом растворе. Он токсичнее пенициллина. Нужно иметь в виду, что при длительном применении больших доз стрептомицина могут развиваться неприятные побочные явления: общая слабость, головные боли, тошнота, кожные сыпи и т. п. Иногда наблюдается функциональное расстройство вестибулярного аппарата, сказывающееся в нарушении слуха. Стрептомицин показан для применения при септических заболеваниях, особенно при подозрении на смешанную инфекцию, а также при безуспешности лечения пенициллином. Средняя суточная доза стрептомицина — 0,5 г. Курсовая доза при неосложненной гоноррее — 1 г, при восходящей гоноррее — 1,5—3 г.

## И м м у н о т е р а п и я

**В а к ц и н о т е р а п и я.** Вакцинацией называется метод, посредством которого организму *искусственно сообщается невосприимчивость* к той или иной инфекции. Вводимая с этой целью *вакцина* состоит из живых ослабленных или убитых возбудителей инфекции или только из продуктов их жизнедеятельности. Для вакцинации чаще всего употребляются микробы, убитые посредством нагревания при температуре 60—70° или путем прибавления формалина к культуре возбудителя заболевания. Лечение вакцинами основано на наблюдении, что организм реагирует на введение убитых или ослабленных культур бактерий выработкой специфических антител, а также усилением фагоцитоза. Вакцины, приготовленные из бактерий, выделенных от той же больной, которой эта вакцина будет вводиться, называется *аутовакциной* в отличие от так называемой *гетерогенной* (чужеродной) вакцины, т. е. приготовленной из бактерий, выделенных от других больных с подобным же заболеванием. Клиницисты предпочитают пользоваться вакцинами, приготовленными из штаммов бактерий, полученных от больных с раз-



личными клиническими проявлениями одноименной болезни. Такие вакцины называются *поливалентными*.

В гинекологии вакциноterapia нашла применение почти исключительно при гоноррее женских половых органов в виде *гонококковой вакцины*, также поливалентной.

Титр изготавливаемой в СССР вакцины — от 500 млн. до 1 млрд. микробных тел в 1 мл. На каждой ампуле указаны титр и срок годности вакцины. Вакцину вводят внутримышечно в ягодичную область или внутривенно. Реакция на ее введение бывает общей и местной. Общая реакция сопровождается ухудшением самочувствия больной, повышением температуры, лейкопенией. Местная, или очаговая, реакция выражается увеличением выделений, усилением болей, появлением припухлости и болезненности в месте впрыскивания вакцины. Первоначальная доза не должна быть большой, дабы не вызвать очень бурной реакции. Наоборот, при отсутствии как общей, так и местной реакции следует вводить вакцину, постепенно повышая дозу, пока в ответ на введение вакцины не появится небольшая общая и очаговая реакции. При отсутствии реакции на повторные инъекции дальнейшая вакцинация бесцельна. Реакция на введение вакцины тем сильнее, чем свежее вакцина. Начальная доза вакцины при острой гоноррее в среднем — 200—250 млн. микробных тел. Инъекции гонококковой вакцины производят с промежутками в 1—3 дня, в зависимости от реакции, а дозы каждый раз увеличивают на 150—250 млн. микробных тел.

При хронических формах гонорреи большое распространение получил способ *очаговой* вакцинации. Он заключается во введении вакцины под слизистую оболочку шейки матки, уретры и прямой кишки. Очаговую вакцинацию начинают с небольших доз: от 40 млн. микробных тел и постепенно повышают до 150—200 млн. Этот метод, как правило, сопровождается очень бурной общей и очаговой реакциями и может применяться только в условиях стационара.

Противопоказаниями к применению вакцинотерапии являются активный туберкулез, органические поражения сердечно-сосудистой системы, тяжелые заболевания почек и печени, истощение, тяжелая анемия.

Что касается применения вакцины при других заболеваниях, то имеется указание на хороший эффект вакцинации при хронических пиелитах и циститах, особенно если поражение мочевых путей было вызвано кишечной палочкой.

**Протеинотерапия.** Протеинотерапия является одним из видов неспецифической иммунотерапии и основана на введении в организм парентерально (минуя кишечник) чужеродного белка. При протеинотерапии применяется обычно коровье молоко. Перед производством инъекции молоко кипятят в колбе или пробирке 5—10 минут, остужают, после чего набирают в шприц и вводят внутримышечно в ягодичную область. Начальная доза — 1—2 мл, в зависимости от остроты процесса. Инъекции производят с интер-



валом в 2—4 суток; каждую последующую дозу молока увеличивают на 2—3 мл и постепенно доводят до 5—10 мл.

Протеинотерапия, являясь во многих случаях, несомненно, могущественным методом лечения, нашла в гинекологии довольно широкое применение, главным образом при воспалительных процессах, в том числе и при гоноррее.

Иногда лактотерапия применяется одновременно с вакцино-терапией. Такое комбинированное лечение вакциной и молоком показано при смешанной инфекции и при скрыто протекающих формах гонорреи с вялой реакцией организма на применение каждого из вышеупомянутых методов терапии в отдельности. Обычно в таких случаях вакцину и молоко набирают в один шприц и впрыскивают внутримышечно. При этом берут небольшие дозы, например 1 мл молока и 100 млн. микробных тел вакцины. Дальнейшее повышение дозы производится в зависимости от реакции организма. Иногда молоко применяется в смеси с собственной кровью больной. Смесь молока с кровью вводится также внутримышечно в пропорции 3 : 1 (на 3 мл кипяченого молока берется 1 мл крови больной).

Противопоказания к применению молока те же, что и при вакцинотерапии.

При применении протеинотерапии не следует забывать о возможности развития анафилактического шока.

При изучении изменений, наступающих в организме под влиянием протеинотерапии, было установлено, что подобную реакцию способны вызывать не только белковые препараты, но целый ряд других веществ (скипидар, ятрен и др.), которые используются также и в гинекологической практике. В частности, скипидар применяется в форме так называемого фиксирующего абсцесса (вводится 2 мл обыкновенного скипидара под кожу бедра). Неоднократно мы могли убедиться в хорошем лечебном результате этого метода при вяло протекающих септических послеродовых заболеваниях.

**А у т о г е м о т е р а п и я.** Аутогемотерапия — парэнтеральное введение для терапевтических целей больной собственной ее крови — получила широкое применение в гинекологии. Относительно сущности действия аутогемотерапии пока еще нет единого мнения: одни приписывают ей специфическое действие, другие рассматривают ее как протеинотерапию, третьи объясняют ее действие ферментативными свойствами перелитой крови.

Наиболее обоснованными нам кажутся объяснения тех авторов, которые считают, что хотя белки извлеченной крови и изменяются во время нахождения в шприце, но эти изменения не настолько качественно велики, чтобы считать белки вводимой крови чужеродными. Оставаясь близкими белкам больного, они (измененные белки крови больного) менее активны, чем чужеродный белок (например молоко), и поэтому оказывают на организм более нежное действие. Повидимому, этим обстоятельством объясняется почти полное отсутствие реакции организма на введение собственной крови. Од-



нако отсутствие реакции в таких случаях не исключает благотворного действия аутогемотерапии, которое сводится к улучшению как общего самочувствия больной, так и воспалительного процесса в пораженном органе и тканях.

При производстве аутогемотерапии клинически отмечается повышение защитных сил организма и усиление работы органов кроветворения (нарастание лейкоцитоза). Область применения аутогемотерапии:

- 1) *воспалительные заболевания* (в том числе и гонорройные заболевания) половых органов;
- 2) *инфекционные заболевания* (в частности послеоперационные пневмонии);
- 3) *маточные кровотечения* функционального характера (особенно в начальный период полового созревания);
- 4) *фурункулез* и др.

Аутогемотерапия большими дозами (10—20 мл) вызывает также гемостатический эффект. При производстве аутогемотерапии кровь набирается в шприц толстой иглой из локтевой вены больной и впрыскивается ей же внутримышечно в верхне-наружный квадрант ягодичной области. Впрыскивания делаются через день в количестве 5—10 мл. Чтобы кровь не свертывалась, предварительно в шприц набирается 1—2 мл стерильного 5% раствора лимоннокислого натрия (*Natr. citrici 5%*). Некоторые предпочитают впрыскивать гемолизированную кровь, для чего вместо лимоннокислого натрия в шприц берется дистиллированная вода в той же пропорции.

При восходящей гоноррее, сопровождающейся высокой температурой, резкой болезненностью и тяжелым общим состоянием, при необходимости иммунотерапии целесообразно начинать таковую именно с аутогемотерапии. После прекращения болей в пораженных органах малого таза, снижения температуры и улучшения общего состояния можно переходить к более активной иммунотерапии вакциной или молоком.

**Серотерапия.** Лечение того или иного инфекционного заболевания сывороткой, полученной от животного после иммунизации его микробами, вызывающими данное заболевание, носит название пассивной иммунизации, или серотерапии. При этом способе лечения производится воздействие специфической сывороткой непосредственно на возбудителей болезни, что достигается наличием в сыворотке особых специфических антител, среди которых различают антитоксины, бактериолизины, опсоины и др.

Вырабатываемые в настоящее время специфические сыворотки (особенно применяемая для лечения гонорреи) не нашли широкого применения, и до сих пор в отношении их действия не существует единого мнения. Более благоприятные результаты получаются при применении стрептококковой сыворотки для лечения сепсиса, особенно послеродового.

Применяются сыворотки в виде подкожных впрыскиваний, гонококковая сыворотка — обычно в количестве 2 мл (4—5 инъек-



ций), а противострептококковая — от 20 до 100 мл, в зависимости от тяжести случаев.

Иногда приходится применять, особенно в условиях сельских местностей, специфические сыворотки против анаэробной инфекции, а также против столбняка, когда имеются подозрения на загрязнение ран землей (стремительные роды в поле, ранения рогами крупных домашних животных).

При лечении сыворотками (равно как и при введении различных других белковых препаратов) реакция на введение ее обычно незначительна, хотя могут быть повышение температуры, озноб, различные сердечно-сосудистые явления, крапивница. Следует иметь в виду опасность *анафилаксии*, т. е. особой повышенной чувствительности организма на введение белковых веществ парэнтерально (т. е. не через желудочно-кишечный тракт). Поэтому перед лечением необходимо узнать у больной, не вводилась ли ей сыворотка ранее, и, если выяснить это не удастся (незнание самой больной, бессознательное состояние и т. п.), то лучше, во избежание анафилактического шока, произвести вакцинацию малыми дозами, так называемую антианафилактическую вакцинацию, т. е. подготовить организм к повторному введению сыворотки.

**Антианафилактическая вакцинация.** Анафилактический шок проявляется ознобом, резкой одышкой, слабым и частым пульсом, цианозом губ и похолоданием конечностей. Иногда наблюдаются отеки век, губ, пальцев рук и ног, кожные сыпи и зуд. Обычно даже у тяжело больных все описанные явления быстро проходят. Поэтому в тех случаях, когда в анамнезе имеются указания на введение ранее каких-либо сывороток, рекомендуется с целью предупреждения анафилактического шока ввести такой больной накануне 0,5—1 мл молока, а на следующий день уже необходимую дозу. Можно также в таких случаях инъекции сыворотки производить дробно, каждые полчаса в возрастающих дозах (0,5 мл, затем 1 мл и, наконец, необходимую дозу).

Если нужно ввести сыворотку быстро, то можно иммунизировать организм путем внутривенного введения сыворотки; тогда антианафилактический иммунитет наступает через 10—15 минут. Сначала вводится 1 мл сыворотки в разведении 1 : 10, через 3—5 минут — 3 мл такой же сыворотки, затем через 2 минуты (если больная не проявляет никакой реакции) — 10 мл. С этого момента больная может считаться иммунизированной антианафилактически, и ей можно вводить неразведенную сыворотку.

Иногда неспецифические сыворотки (т. е. простая лошадиная сыворотка) применяются с лечебной целью при маточных кровотечениях, гемофилии (кровоточивости) и токсикозах беременности.

### Переливание крови

Переливание крови, будучи могущественным лечебным средством, получило у нас в Союзе широкий размах. Население, сознавая огромную важность этого мероприятия для больных и безвред-



ность взятия крови для здоровья доноров, охотно снабжает кровью наши пункты переливания крови. Во время Великой Отечественной войны донорство приняло характер патриотического долга, что позволило спасти огромное количество жизней наших героических бойцов Советской Армии.

Чаще всего переливается так называемая консервированная кровь (донорская, плацентарная), иногда кровь переливается в свежем виде непосредственно от донора. За последние годы во всех областях медицины, в том числе в акушерстве и гинекологии, переливание крови практикуется все шире и шире. Введение этого метода является большим достижением медицинской науки.

В акушерско-гинекологической практике *переливание крови* показано: 1) при острых кровопотерях, 2) при длительно рецидивирующих кровотечениях с явлениями вторичной анемии, 3) при септических процессах, 4) при шоке, 5) при тяжелых оперативных вмешательствах, 6) в пред- и послеоперационном периодах для повышения сопротивляемости организма, особенно у истощенных больных, 7) при интоксикациях, 8) при заболеваниях крови и кроветворных органов, осложняющих основное гинекологическое заболевание, 9) при лечении злокачественных опухолей лучевыми методами и т. п.

*Переливание крови противопоказано:* при органических заболеваниях сердца и почек, при тромбозе и эмболиях и при заболеваниях, связанных с застоем в малом круге кровообращения.

Не вдаваясь в технику переливания крови (что изложено в специальных руководствах), считаем необходимым подчеркнуть, что в настоящее время всеми рекомендуется во избежание осложнений (гемолитический шок) делать переливание крови предпочтительно от донора одноименной группы. Однако в повседневной практике чаще всего пользуются кровью группы 0(I).

При внематочной беременности некоторыми практикуется метод обратного переливания крови, излившейся в брюшную полость. Этот метод должен применяться с осторожностью, так как возможен гемолиз излившейся в брюшную полость крови, кроме того, он опасен при наличии инфекции в брюшной полости или в области внутренних половых органов (особенно в трубах). Чрезвычайно ценным переливание крови является при септических заболеваниях, ибо раздражение рецепторов кровеносных сосудов перелитой кровью вызывает ряд рефлекторных реакций, способствующих выздоровлению. Кроме того, вместе с переливаемой кровью в организм вводятся бактерицидные вещества, увеличивается общее количество полноценной крови. Таким образом, на борьбу с инфекцией мобилизуются все резервные силы организма. Лучшим методом переливания крови является капельный.

Необходимо отметить, что овладение методом переливания крови имеет и большое оборонное значение (при острых кровопотерях, отравлениях ОВ). Поэтому в задачу медицинского персонала входит не только изучение этого метода, но и пропаганда донорства среди населения.



## Гормонотерапия

Лечение препаратами, полученными из желез внутренней секреции, а также синтетическими гормонами, называется гормонотерапией.

Целью введения этих препаратов является восполнение недостающих гормонов слабо функционирующих желез, с одной стороны, а с другой — нейтрализация секрета тех желез, которые вследствие тех или иных изменений или заболеваний продуцируют его в большем против нормы количестве, вызывая тем самым нарушение содружественной функции остальных желез.

Наиболее широкое применение в гинекологии нашли препараты гормонов яичника, применяющиеся при нарушении его функции.

Продажные экстракты яичника известны под названием *оварина*. Ткань яичника содержит относительно мало гормонов, а наибольшее количество овариального гормона содержится в фолликулярной жидкости к моменту лопания фолликула. Этот гормон, являющийся продуктом фолликулярного аппарата, называется *эстрогенным*.

Так как гормоны яичника поступают непосредственно в кровь и выделяются с мочой, то препараты натуральных эстрогенных веществ (фолликулярных гормонов) получают из мочи беременных женщин или из мочи лошадей.

Продажные препараты гормонов яичника изготавливаются в виде таблеток, капель и ампул для подкожного введения.

Показания для применения гормонов яичника: 1) инфантилизм, 2) нарушение кроветворения в период половой зрелости (хлороз, анемия), 3) явления выпадения при климактерии, 4) расстройства питания (ожирение), 5) расстройства менструальной функции, 6) бесплодие (необусловленное последствиями воспалительных процессов), 7) болезни желез внутренней секреции, 8) некоторые нервные заболевания (эпилепсия) и психозы. Однако при соответствующих показаниях целесообразнее пользоваться синтетическими гормонами (в частности, синэстролом).

За последние 20 лет в эндокринологии достигнуты большие успехи в области изучения химического состава гормонов. В настоящее время изготавливаются и широко применяются препараты синтетических гормонов. Последние хотя и отличаются по своему химическому строению от натуральных гормонов, но обладают биологическими свойствами последних.

Из группы синтетических эстрогенных препаратов наибольшее распространение в лечебной практике получили диэтилстильбэстрол и синэстрол, которые обладают биологическими свойствами, аналогичными свойствам натуральных эстрогенных гормонов.

Показания к применению эстрогенных препаратов следующие: недоразвитие половых органов, гипофункция яичников с явлениями



гипоолигоменорреи или с вторичной аменорреей, геморрагическая метропатия (лечение проводится эстрогенными препаратами и прогестероном). Эстрогенные препараты нельзя назначать при опухолях матки и молочных желез.

Синтетические эстрогенные препараты выпускаются в ампулах для подкожных инъекций и в таблетках для приема *per os*.

Второй гормон яичника, выделяемый желтым телом (являющимся также железой внутренней секреции), называется *гормоном желтого тела*.

Синтетические гормоны желтого тела в СССР выпускаются под названием *прогестерона* и *прегнина*. Прогестерон обладает следующими свойствами: а) вызывает секреторное преобразование эндометрия, находящегося в состоянии пролиферации; б) уменьшает сокращения мускулатуры матки и труб; в) стимулирует развитие концевых элементов грудной железы.

Показаниями к применению прогестерона являются: 1) аменорея (первичная и вторичная); 2) дисменорея; 3) функциональные маточные кровотечения (геморрагическая метропатия, ювенильные и климактерические кровотечения).

Лечение прогестероном проводится курсами через 15—20 дней по 6—8 дней по 5 мг ежедневно.

Применение прогестерона вне кровотечения предотвращает таковое и ведет к восстановлению менструального цикла. Прогестерон применяется также при привычном и угрожающем выкидыше.

Прегнин — синтетический аналог гормона желтого тела (прогестерона); он оказывает биологическое и лечебное действие, аналогичное последнему. Преимуществом прегнина по сравнению с прогестероном является возможность его применения внутрь в виде таблеток. Чтобы всасывание прегнина происходило через слизистую оболочку рта (минуя кишечник, где прегнин разрушается), таблетку кладут под язык и держат во рту до тех пор, пока она не растворится.

Однако нужно иметь в виду, что биологическая активность прегнина меньше, чем прогестерона, примерно в 5—6 раз.

Прегнин назначают при нарушении функции яичников, связанных с недостаточностью продукции гормона желтого тела. Он показан, например, при функциональных маточных кровотечениях. Прегнин применяется также при аменорее, олигоменоррее, а также при бесплодии. Применяют прегнин обычно по 10 мг (2 таблетки 3 раза в день в течение 6—8 дней).

Препараты мужского полового гормона выпускаются под названием тестостерон-пропионата и метилтестостерона.

Показанием к применению тестостерон-пропионата у женщин являются функциональные маточные кровотечения, сосудистые и нервные расстройства, связанные с климактерическим периодом. При функциональных маточных кровотечениях в предклимактерическом и климактерическом периодах применение тестостерона



приводит к прекращению кровотечений вследствие наступающей атрофии эндометрия.

Тестостерон назначается также при лечении запущенных форм рака яичников и молочной железы. Тестостерон-пропионат применяется в виде внутримышечных инъекций масляных растворов. Выпускается в ампулах по 1 мл (2,5—5%).

Метилтестостерон выпускается в таблетках и применяется *per os* подъязычно аналогично прегнину.

В некоторых случаях показаны вытяжки из грудных желез — маммин. Уменьшая кровоснабжение половых органов, он применяется при кровотечениях, вызванных хроническими воспалительными процессами в матке (эндометриты, метриты), и, по указаниям некоторых авторов, оказывает хорошее действие при лечении фибромиом матки. Назначают маммин в каплях или в виде таблеток по 0,3—0,5 2—3 раза в день.

*Тиреоидин* — вытяжка из щитовидной железы — в гинекологии применяется при меноррагиях на почве недостаточной функции щитовидной железы. Нужно иметь в виду, что препараты щитовидной железы дают ряд неприятных побочных явлений со стороны сердечно-сосудистой и нервной систем.

В продажу выпускается в виде таблеток по 0,1—0,2. Лечение начинают с малых доз (0,05) и повышают дозу постепенно.

*Питуикрин Р* представляет собой вытяжку из задней доли гипофиза (мозгового придатка); применяется обычно в виде подкожных инъекций (разовая доза 0,5—1 мл). Обладая способностью вызывать сокращение гладкой мускулатуры, эти препараты применяются при атонических маточных кровотечениях, при задержке мочи у оперированных больных, при метеоризме для усиления перистальтики кишок.

Передняя доля гипофиза продуцирует гормон, который оказывает влияние на половые функции.

Если пересадить вещество передней доли гипофиза молодой мыши, то наступает преждевременная половая зрелость, яичники гиперемиируются, быстро растут и развиваются фолликулы, которые превращаются в желтые тела с образованием лютеина. У старых животных после пересадки им передней доли наблюдается новая пролиферация фолликулов.

Это влияние зависит от наличия в передней доле двух гормонов — пролана А — фолликулостимулирующего, вызывающего рост и созревание фолликула, и пролана Б — лютеинизирующего, превращающего фолликулы в желтые тела. У женщин во время беременности наступает усиленное образование хориальных гонадотропинов, которые в большом количестве выделяются с мочой. Нахождение в моче пролана Б (лютеинизирующего гормона) дает возможность установить раннюю беременность.

*Адреналин* (гормон надпочечников) обладает сосудосуживающими и кровоостанавливающими свойствами. Оказывает хорошее дей-



ствие при подкожном введении вместе с физиологическим раствором после больших кровопотерь с падением кровяного давления (1 ампула на 500 мл физиологического раствора). Кроме того, адреналин применяют при местной анестезии, спинномозговой, сакральной; прибавляется 1 капля (раствор 1 : 1000) на каждые 10 мл раствора новокаина в целях обескровливания тканей и увеличения продолжительности анестезии.

Препараты *печени* сейчас широко применяются при пернициозной анемии. Больным дают 200—300 г свежей печени или препараты ее в виде концентрированных экстрактов (камполон).



## Глава девятая

### СПЕЦИАЛЬНЫЕ ВИДЫ ТЕРАПИИ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

#### ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ

При воспалительных заболеваниях женских половых органов часто применяются различные физиотерапевтические методы лечения.

При применении тех или иных способов физиотерапевтических воздействий на организм необходимо учитывать, что это воздействие (как и всякое другое внешнее воздействие на организм) вызывает рефлекторные реакции, имеющие большое значение в благотворном влиянии физиотерапевтических процедур. Никогда не следует упускать из виду и того факта, что при терапевтических воздействиях, происходящих в лечебных учреждениях, действие безусловного раздражителя (т. е. той или иной физиотерапевтической процедуры) сочетается с различного рода внешними, иногда кажущимися маловажными, факторами, на которые также вырабатываются у больной условнорефлекторные связи.

Поэтому обстановка, в которой производится лечение больной, подчас имеет не меньшее значение, чем сама лечебная процедура.

Постоянство обстановки в смысле удобства, уюта, отсутствия посторонних раздражителей бесспорно благоприятно отражается на состоянии больных и весьма важно для правильного образования условных связей, имеющих значение в эффекте лечебной процедуры.

Всякое появившееся новое постороннее раздражение, непривычное для больной, согласно учению И. П. Павлова, должно получить ответную реакцию организма, которая может оказать тормозящее влияние на безусловную реакцию, а тем самым и на ожидаемый терапевтический эффект от той или иной физиотерапевтической процедуры.

Наконец, нужно всегда помнить и о том, что усиления терапевтического эффекта можно добиться и через вторую сигнальную систему, поэтому при разговоре с больной как о ее болезни, так и о действии тех или иных процедур сказанные слова нужно расценивать прежде всего с точки зрения специального словесного воз-



действия через вторую сигнальную систему на кору головного мозга больной.

Поэтому-то и требуется, чтобы медицинский персонал выучился правильно вести себя с больным человеком, чтобы терапевтический агент не мог превратиться в прямую противоположность для больного, т. е. в отрицательный фактор.

### Электротерапия

Электрический ток широко применяется в гинекологии в виде гальванического, фарадического и переменных токов высокого напряжения.

Гальваническим, или постоянным, называется ток, имеющий в течение своего действия одно и то же направление при одинаковом напряжении. Получают гальванический ток или от гальванической батареи, аккумулятора, или от специальной машины (динамо постоянного тока). Напряжение тока для терапевтических целей не должно быть выше 60—80 вольт.

Применяемые электроды должны удовлетворять следующим требованиям:

1) соединение с проводящими ток электродами должно быть устроено просто,

2) электрод должен быть гибок, пластичен, дешев,

3) не должен обладать прижигающими и ядовитыми свойствами.

Поэтому лучшим материалом для электродов служит листовое прокатное олово толщиной в 0,25—1 мм, так как такие пластинки могут быть хорошо пригнаны к поверхности благодаря их гибкости, дешево обходятся и безвредны.

Чтобы электрод плотнее прилегал к поверхности и тем самым способствовал равномерному распределению тока (необходимое условие, чтобы избежать ожогов), он снабжается толстой гигроскопической прокладкой из кусочков фланели или бумази. Прокладку смачивают физиологическим раствором, выжимают, накладывают на подвергаемый электролизу участок тела, поверх накладывают электродную оловянную пластинку и все вместе скрепляют бинтом.

Показания к применению: 1) болевые ощущения внизу живота, в подчревной области, с локализацией в определенных точках при отсутствии объективных изменений в половых органах, 2) атония кишок и мочевого пузыря.

Успокаивающее действие в первом случае зависит от анода (положительного электрода, прикладываемого к болезненному месту в виде небольшой пластинки).

Силу тока необходимо увеличивать до тех пор, пока больная не почувствует легкого покалывания в коже, которое ни в коем случае не должно переходить в чувство боли. Продолжительность сеанса — 5—10 минут.

Переменный ток в виде так называемого фарадического тока, получаемый от всем известной катушки Румкорфа, находит себе



применение при расслаблении сфинктера мочевого пузыря и прямой кишки, а также при слабости брюшных мышц и мышц тазового дна. Действие его вызывает сокращение и укрепление указанных групп мышц. Фарадизация производится таким образом, что в полость мочевого пузыря или прямой кишки вводится простерилизованный угольный электрод (сделанный в виде стержня), а плоский пластинчатый электрод кладется на живот или крестец. Лечение начинают со слабых токов, постепенно повышая их силу.

### Ионотерапия

Под ионотерапией (иначе ионофорезом, электроионотерапией) разумеют введение в организм при посредстве постоянного электрического тока тех или иных лекарственных веществ, например ионов<sup>1</sup> иода, кальция и др. При этом в организм вводятся те ионы, которые обуславливают терапевтический эффект. Введение лекарства при помощи гальванического тока вызывает ряд рефлекторных реакций, возникающих благодаря химическому и электрическому раздражению чувствительных нервных окончаний кожи и пораженного органа. Эти реакции (гиперемия органа, усиление обмена веществ) имеют значение в лечебном эффекте процедуры.

Постоянный ток, необходимый для ионотерапии, можно получить, применяя гальванические элементы или пользуясь городской сетью. Городские станции дают переменный ток напряжением в 100—110 или 200—220 вольт. Переменный ток может быть превращен в постоянный при помощи выпрямителей тока. Напряжение тока городской сети слишком велико, и перед поступлением тока в распределительные приборы его пропускают через постоянное добавочное сопротивление (1—2 угольные лампочки, соединенные последовательно). Это мероприятие поглотит значительную часть энергии, оставив для терапевтических целей не более 70—80 вольт.

Для электродов применяются угольные, свинцовые, цинковые и станиольные пластинки. Из тканей для влажных прослоек лучше всего применять бумагу благодаря ее гидрофильности, плотности и прочности; толщина прослойки должна колебаться между 0,5 и 2 см. Необходимо помнить, что чем толще прослойка, тем безболезненнее протекает сеанс. Непосредственное соприкосновение электрода с кожей ведет к ожогу последней.

Техника электроионотерапии состоит в следующем: к области крестца больной с помощью подложенного под него мешка с песком плотно прикладывается индифферентный электрод, состоящий из свинцовой пластинки размером 10 × 15 см, покрытый толстым слоем ткани, смоченной в теплом физиологическом растворе. Другой такой же электрод, покрытый слоем ткани, обильно смоченной раствором лекарственного вещества, укладывается на нижнюю часть живота.

Участки кожи, на которые накладываются электроды, должны быть предварительно очищены от жира и загрязнения; для этого

<sup>1</sup> Ионами называются свободные частицы, образующиеся при распаде молекулы во время прохождения гальванического тока через растворы солей.



они протираются бензином, спиртом или теплой водой. Давать ток необходимо медленно, постепенно его усиливая; так же медленно необходимо ток выключать в конце сеанса. Больная во время сеанса должна лежать спокойно. Ионифорез назначается обычно через день и продолжается 15—30 минут.

В гинекологической практике ионотерапию проводят чаще всего через слизистую оболочку влагалища или канала шейки матки. Для вагинальной терапии пользуются или угольным электродом, представляющим собой цилиндрический угольный наконечник, или так называемым наливным электродом.

Угольный электрод перед введением обматывается толстым слоем ваты, поверх накладывается два слоя марли, смачивается лекарственным раствором и с помощью ложкообразных зеркал вводится во влагалище. Вагинальный электрод, смоченный соответствующим лекарственным раствором, соединяется с тем же полюсом, каким заряжен вводимый ион<sup>1</sup>. Второй полюс соединяется с электродом, положенным на живот или крестцовую область.

Наливной влагалищный электрод готовят следующим образом: берут трубчатое зеркало и вводят во влагалище так, чтобы в просвет его вставилась шейка матки. После этого наружный раструб зеркала закрывают резиновой пробкой, в которую вставлены: 1) эбонитовый стержень с укрепленным на нем угольным электродом и 2) две стеклянные трубочки с надетыми на них тонкими резиновыми шлангами (рис. 130).

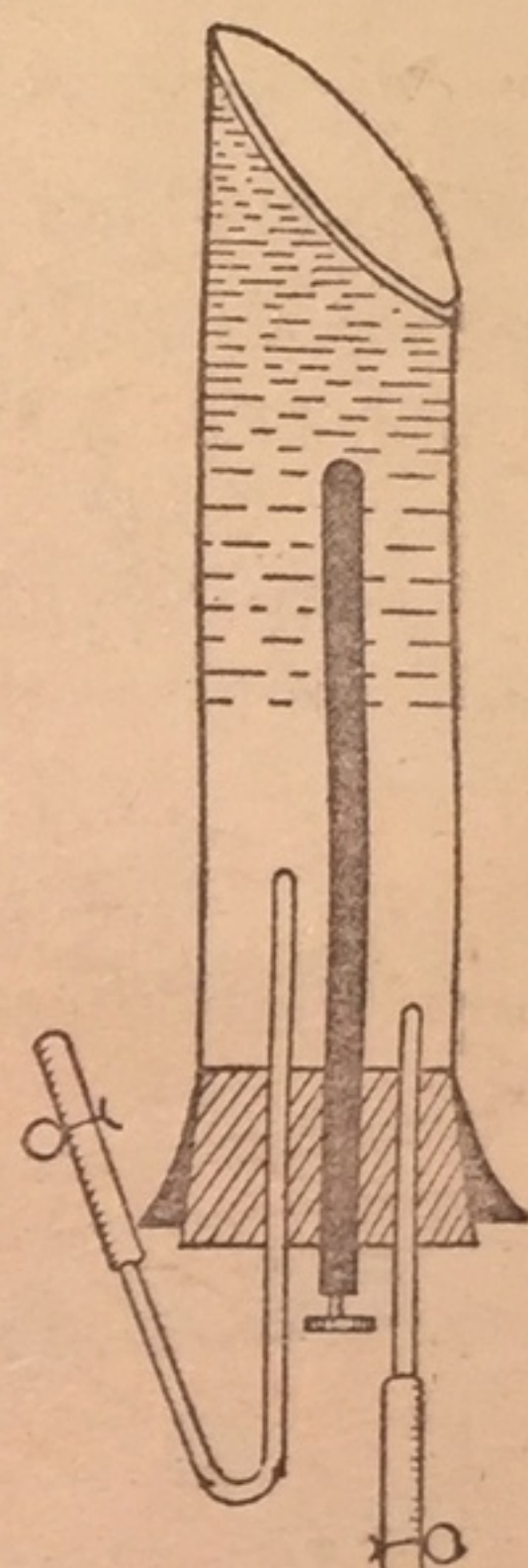


Рис. 130. Наливной электрод.

Через нижнюю стеклянную трубочку введенное зеркало наполняют лекарственным раствором до тех пор, пока из верхней трубочки не будет вытекать жидкость. После этого обе трубочки закрывают зажимами и приступают к соединению электродов.

Подготовка электродов для процедур. Фланелевые или марлевые прокладки для электродов меняют после каждой процедуры. Для каждой последующей процедуры они вымываются в теплой воде, кипятятся и после высушивания снова бывают годны к употреблению.

Электроды (и прокладки) должны отличаться условными знаками — для того, чтобы один и тот же электрод всегда смачивался в однородном лекарственном растворе.

Влагалищные угольные электроды после употребления обтирают спиртом и хранят в дезинфицирующем растворе (лизол, денатурированный спирт). Перед употреблением их вытирают специальным полотенцем.

<sup>1</sup> Металлы, алкалоиды и ионы водорода (катионы) вводятся с анода, металлоиды и группа ОН (анионы) вводятся с катода.



Наливные электроды после употребления также необходимо дезинфицировать. Цилиндрическое зеркало тщательно вымывают в теплой воде с мылом и затем кипятят. Резиновую пробку с фиксированными в ней электродом и стеклянными трубками также тщательно моют с мылом щеткой в 0,5% растворе лизола, после чего обтирают спиртом.

Ионотерапия широко применяется при лечении воспалительных заболеваний женских половых органов, а именно — при воспалительных заболеваниях матки и придатков, при периметритах, при фиксированных ретроверзиях и др.

Противопоказания к ионотерапии: 1) гнойные процессы, 2) злокачественные новообразования, 3) нарушение целостности эпидермиса кожи.

### Диатермия

Диатермический ток (ток высокой частоты) применяется в виде так называемой местной диатермии и получается при помощи специальных аппаратов (рис. 131), которые снабжаются несколькими электродами.

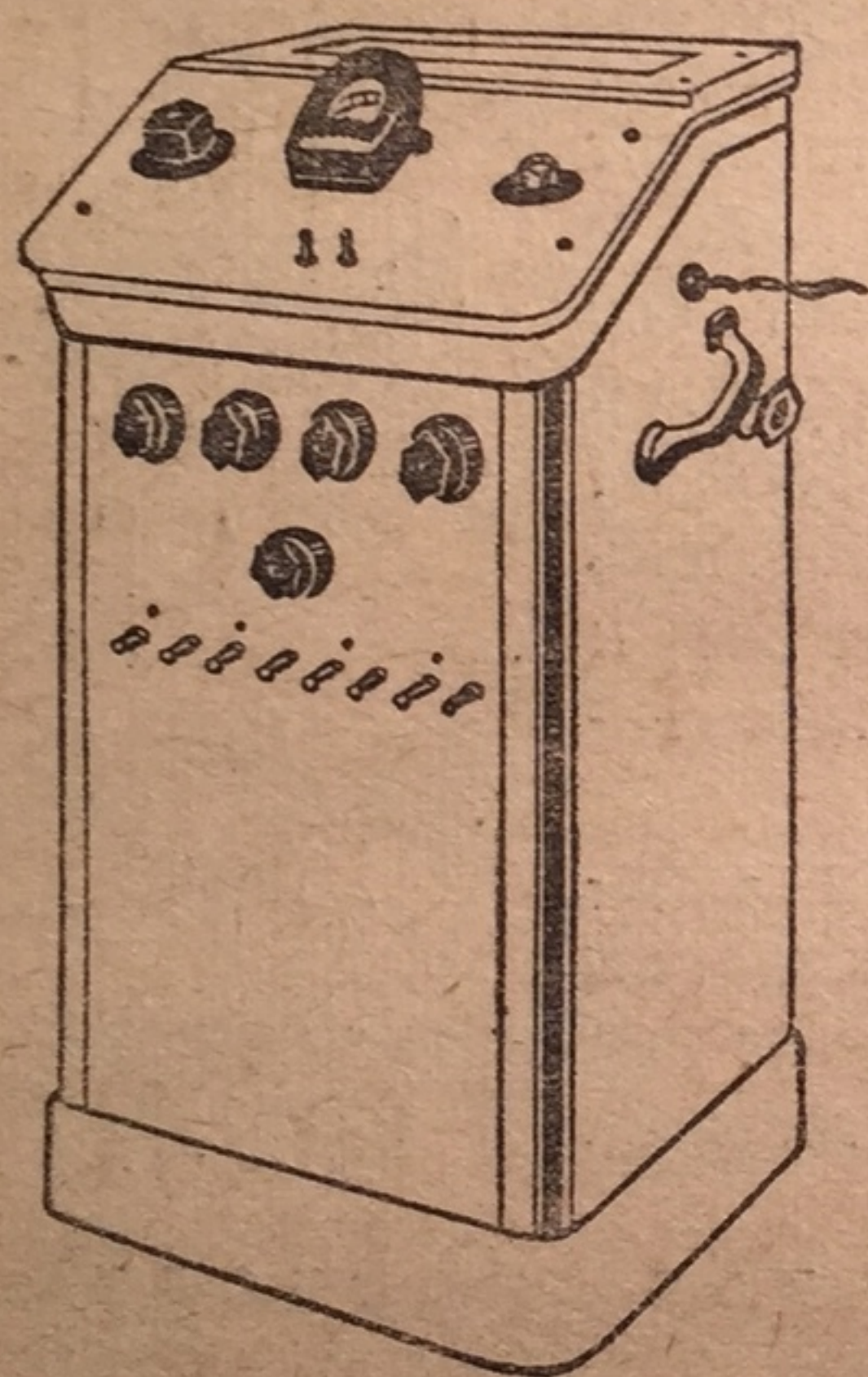


Рис. 131. Аппарат для диатермии.

В гинекологии широко распространено наложение электродов на живот и поясницу (брюшно-спинное расположение), на живот и во влагалище (брюшно-влагалищно-спинное) (рис. 132, 133, 134).

В чем же заключается разница в действии тепла, получаемого при диатермии, от тепла световых, суховоздушных и водяных ванн и т. п.? При применении аппаратов, дающих тепло извне (ванна), мы имеем дело скорее с задержкой нормальной теплоотдачи и с явлениями коллатеральной гиперемии; при диатермии же происходит превращение извне поступившей электрической энергии в тепловую и активная гиперемия тканей на протяжении проходящего тока. Поэтому ощущение внутреннего тепла после диатермии остается еще долго и после сеанса без всякой кожной реакции. Кроме того, больные отмечают, что после этой процедуры они не испытывают утомления, которое всегда сопровождает другие тепловые процедуры.

Диатермии приписывается также бактерицидное действие, особенно на такие теплочувствительные бактерии, как гонококк; отмечают повышение местного обмена в тканях, усиление крово- и лимфообращения, уменьшение болевых ощущений и т. д.

Область применения диатермии в гинекологии: заболевания тазовой брюшины со спайками, сращениями, выпотами; послеоперационные сращения, параметриты, воспалительные процессы в придатках.

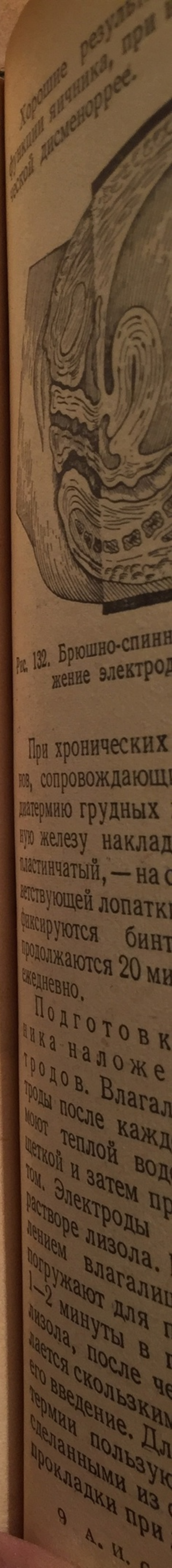


Рис. 132. Брюшно-спинное наложение электродов.

При хронических заболеваниях, сопровождающихся диатермией грудных желез, накладывают пластинчатый, — на соответствующей лопатки фиксируются бинты, продолжаются 20 минут ежедневно.

Подготовка к наложению электродов. Влагалищные электроды после каждой процедуры моют теплой водой щеткой и затем погружают в раствор лизола. Влагалищные электроды погружают для дезинфекции в лизола, после чего его вводят в влагалище. Для диатермии используют сделанные из прокладок при



Хорошие результаты можно получить при недостаточности функции яичника, при недоразвитии половых органов, при спастической дисменоррее.

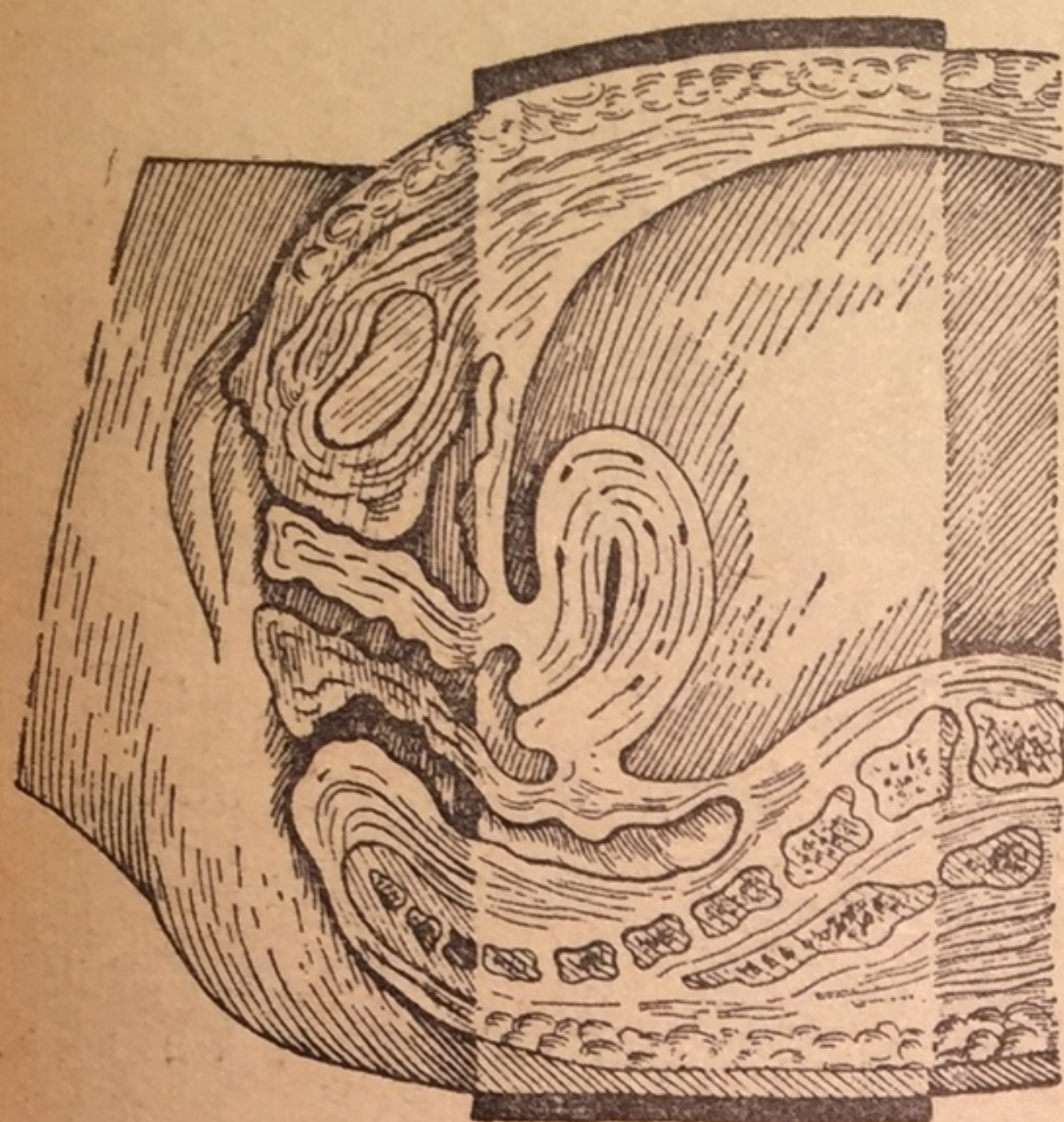


Рис. 132. Брюшно-спинное расположение электродов.

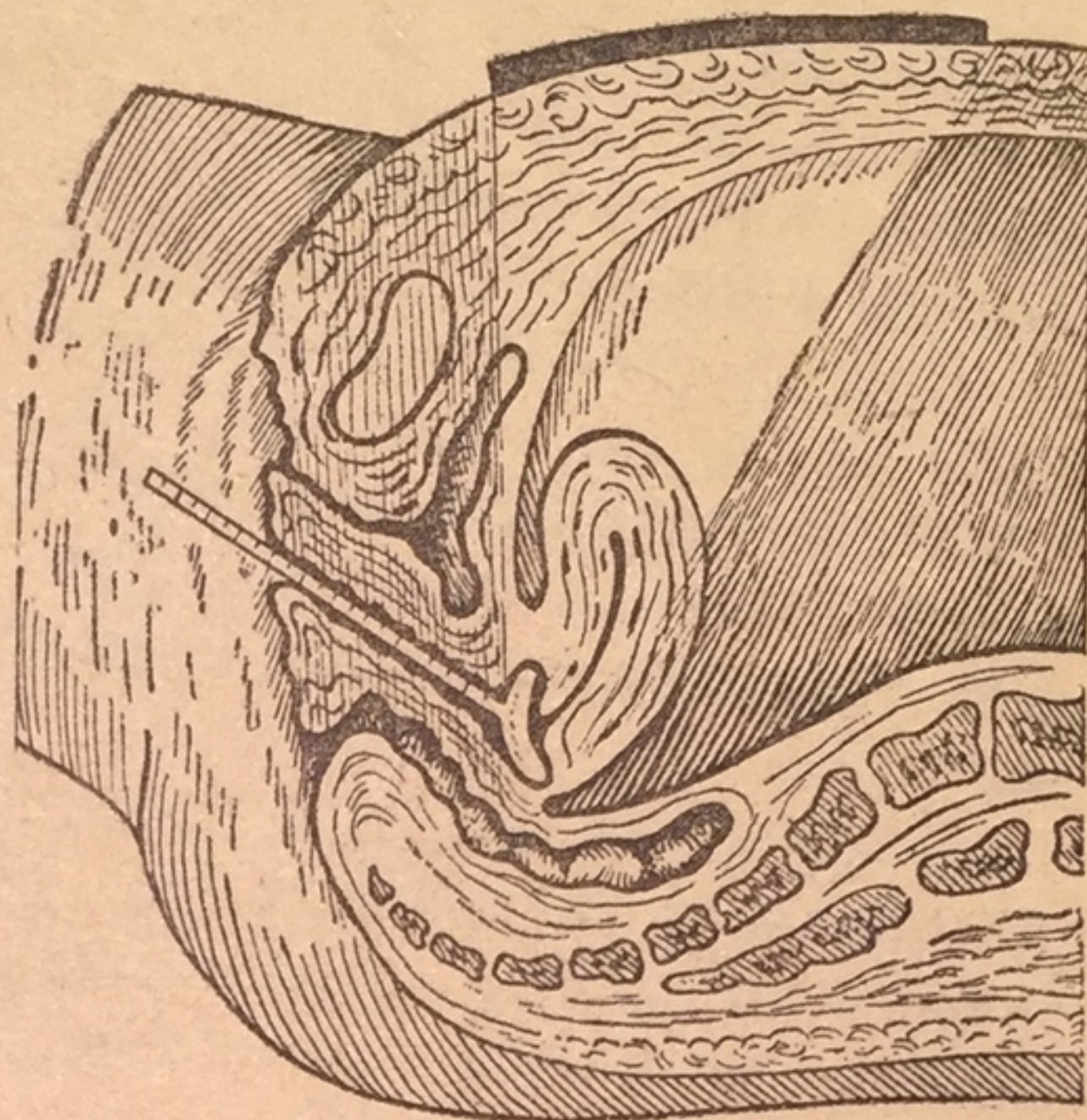


Рис. 133. Брюшно-вагинальное расположение электродов.

При хронических воспалительных заболеваниях половых органов, сопровождающихся метро- или меноррагиями, применяют диатермию грудных желез с целью «аутомамминизации». На грудную железу накладывается чашкообразный электрод, а второй, пластинчатый, — на область соответствующей лопатки. Электроды фиксируются бинтом. Сеансы продолжаются 20 минут и даются ежедневно.

Подготовка и техника наложения электродов. Вагинальные электроды после каждой процедуры моют теплой водой с мылом и щеткой и затем протирают спиртом. Электроды хранят в 1% растворе лизола. Перед употреблением вагинальный электрод погружают для подогревания на 1—2 минуты в горячий раствор лизола, после чего электрод делается скользким и это облегчает его введение. Для наружной диатермии пользуются металлическими пластинчатыми электродами, сделанными из станиоли или из свинца. Гидрофильные матерчатые прокладки при диатермии не применяются. Пластинчатые электроды

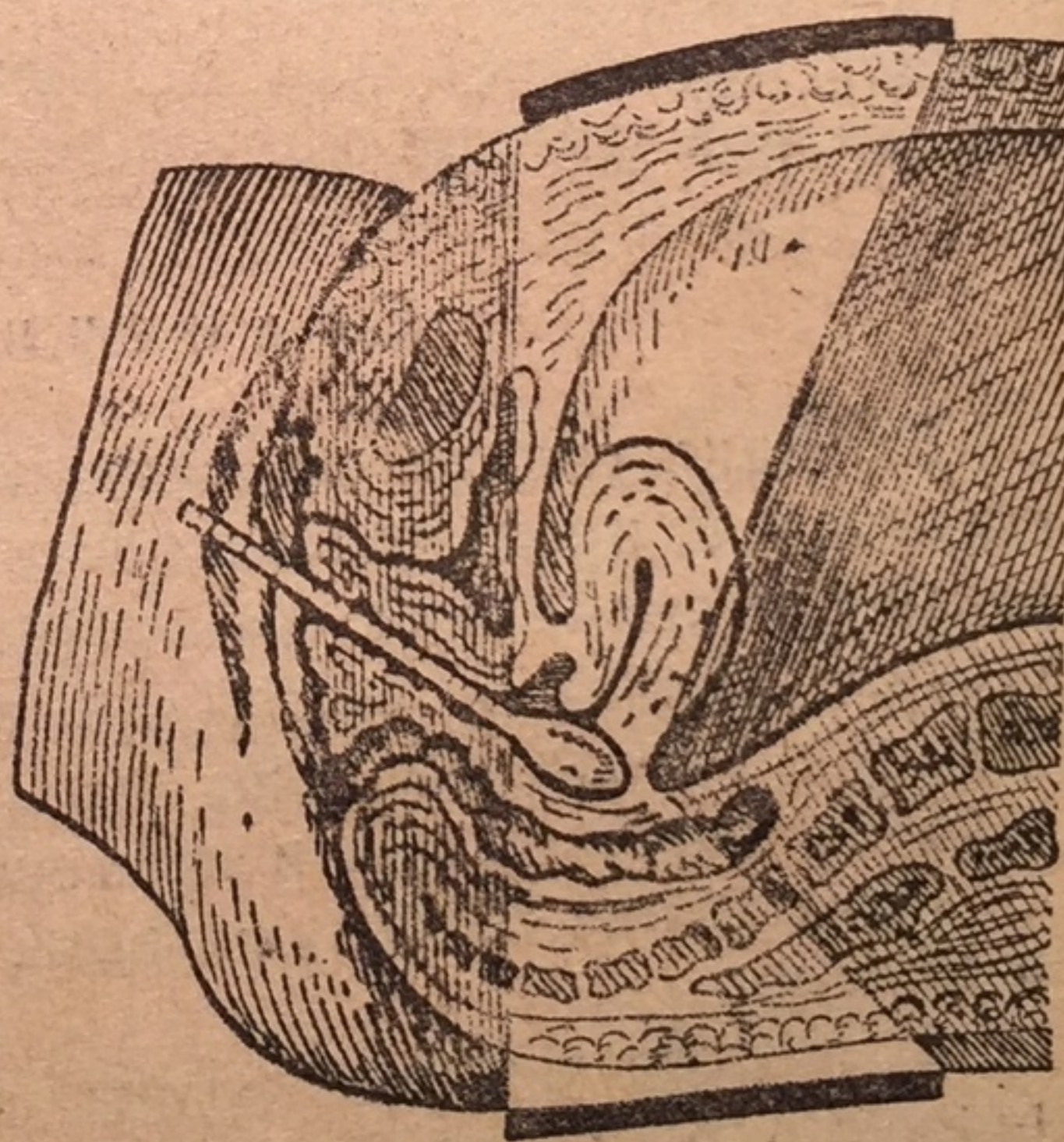


Рис. 134. Брюшно-вагинально-спинное расположение электродов.



перед наложением прокатываются с помощью валика. Они должны плотно прилегать к коже, для чего на пластинку накладывается тяжесть (мешок с песком); иногда электрод фиксируется к коже бинтом. После каждой процедуры электроды обтираются спиртом. Следует тщательно следить за тем, чтобы соединение клеммы проводника с электродом было прочно, и во избежание ожога кожи в этом месте (вследствие увеличения плотности тока) лучше под клемму подложить небольшой слой ваты или марли.

При наложении электродов и при включении тока больная должна лежать спокойно. Во время сеанса больные испытывают приятное ощущение теплоты; если электроды неплотно прилегают к коже, то появляется чувство покалывания и боли. Сеанс диатермии продолжается от 20 минут до 1 часа. Сила тока 0,7—2 А (ампер).

Диатермический ток применяется также с целью коагуляции (сваривания) тканей при эндоцервицитах и эрозиях шейки матки. После коагуляции во влагалище вводится на 12 часов стерильный тампон, смоченный вазелиновым маслом. Струп отпадает на десятый—двенадцатый день.

Противопоказания к диатермии: расстройство чувствительности, гнойные процессы (опасность переноса гноя), кровотечения (возможность их усиления), истерия (последующие возбуждение, бессонница).

### Светолечение

При гинекологических заболеваниях с лечебной целью светолечение применяют или в виде гелиотерапии (лечение солнцем), или же при помощи искусственных источников света.

### Солнечные ванны

Действие солнца на организм зависит от состава солнечного спектра и от продолжительности освещения. Даже в одной и той же местности солнечный спектр изменяется в зависимости от высоты стояния солнца и состояния атмосферы (влажность, облачность и т. п.); отсюда понятно, что действие солнца будет неодинаково в различные часы дня и времена года.

Применение солнечных ванн требует некоторых общих правил, а именно:

1) прежде чем приступить к лечению, необходимо постепенно приучать тело больного к освещению солнцем;

2) не следует при первых солнечных ваннах освещать самый болезненный очаг из опасения вызвать обострение воспалительных явлений;

3) голова больного должна быть защищена от действия солнечных лучей (особенно глаза не должны подвергаться действию яркого света);



4) солнечные процедуры не должны применяться после обильного приема пищи;

5) во время процедуры больная должна находиться под постоянным наблюдением (следить за деятельностью сердца); обращают внимание на местную (кожную) реакцию и общее состояние больной;

6) по окончании солнечной ванны больной назначают прохладную водяную ванну в целях устранения чувства разбитости и слабости, испытываемых больными.

Действие солнечной процедуры на организм складывается из влияния света на кожу в смысле регулирования ее функций (сало- и потоотделения, кожного дыхания), влияния на обмен веществ (повышение белкового и минерального обмена), действия на центральную нервную систему (улучшение общего самочувствия, появление бодрости, живости, интереса к окружающему), действия на сердечно-сосудистую систему (усиление теплорегуляции, изменение сосудистого тонуса, кровяного давления).

Показания для применения общих солнечных ванн: туберкулезные поражения; гинекологические заболевания, сопровождаемые общим малокровием и упадком питания; хронические воспалительные процессы тазовых органов.

Имеются указания на хорошие результаты при недостаточной функции яичников (гипоменоррея, олигоменоррея, аменоррея), при анемиях возникших после больших кровопотерь, при дисменоррее.

Противопоказаниями к назначению общих солнечных ванн являются воспалительные процессы женских половых органов с склонностью к кровотечениям; доброкачественные и злокачественные опухоли; декомпенсированные пороки сердца; активные формы легочного туберкулеза; резкое истощение; общий артериосклероз; органические заболевания центральной нервной системы и эпилепсия.

Необходимо помнить, что солнце оказывает прекрасное действие на рахит. Борьба с рахитом является задачей исключительной важности и должна быть поставлена широко. Средний медицинский персонал, призванный на быть поставлена широко. Средний медицинский персонал, призванный проводить в жизнь идеи охраны материнства и младенчества, конечно, не должен оставить без внимания пропаганду правильного использования солнечной энергии детьми, помня, что рахит оставляет неизгладимые следы у женщины в смысле ее развития и строения тела (особенно таза), отягощая выполнение ею важной функции — материнства.

### Искусственные источники света

Из искусственных источников света для лечебных целей применяются: 1) приборы, излучающие главным образом инфракрасные лучи: рефлектор Минина, электрические накидные ванны, лампы «соллюкс» (рис. 135); 2) приборы, излучающие ультрафиолетовые лучи: кварцевая лампа (рис. 136).

Рефлектор Минина представляет собой простейший прибор для лечения электрическим светом. Это небольшой металличе-



ский рефлектор с деревянной ручкой, в центре которого находится электрическая лампочка — бесцветная или синяя. Рефлектор собирает лучи на небольшой участок кожи, вызывая в нем местную гиперемию, что действует болеутоляющим и рассасывающим образом.

Удобство рефлектора заключается в том, что его можно назначать больным на дому при всякого рода воспалительных процессах, протекающих без повышения температуры (лимфаденит

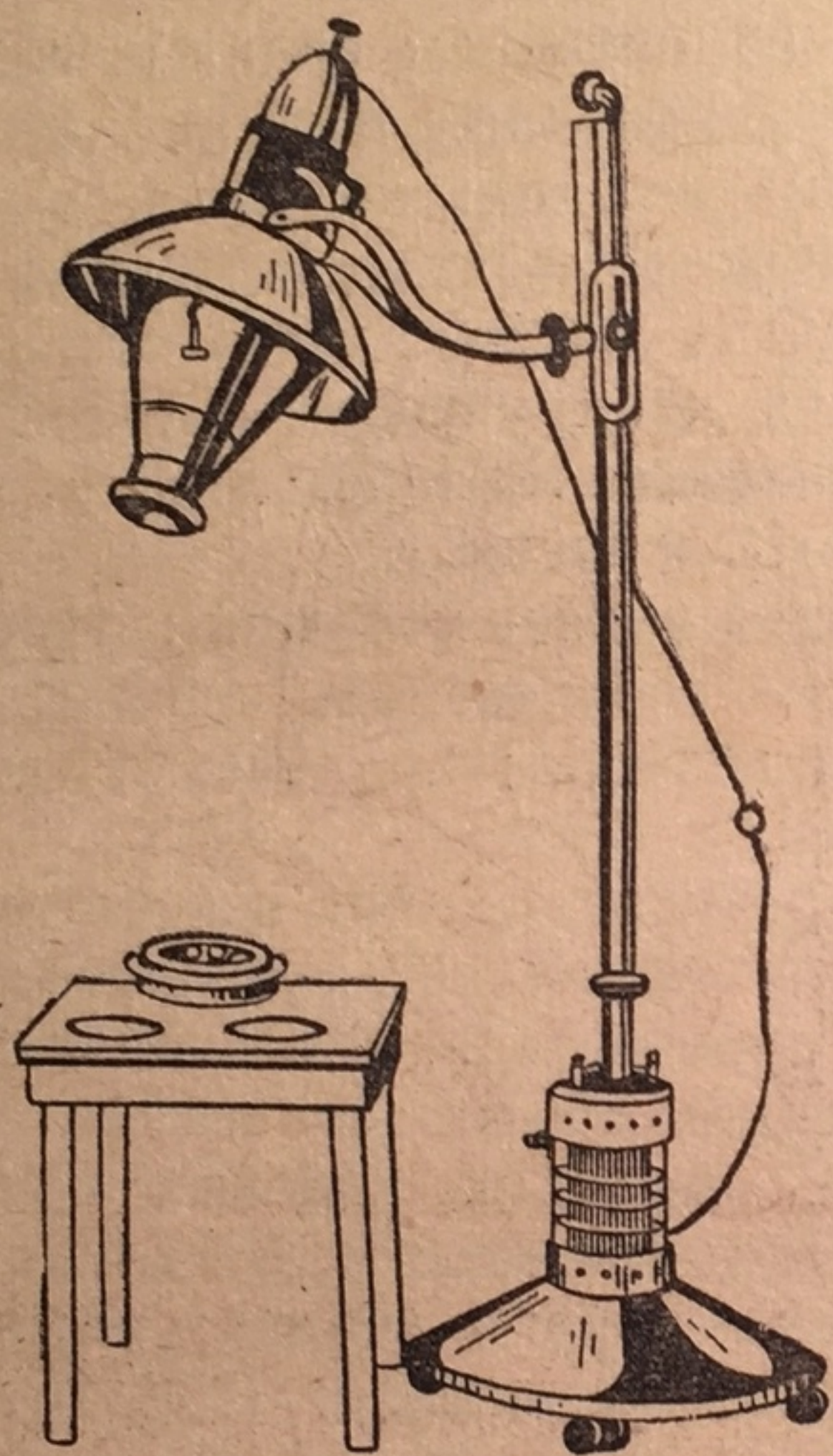


Рис. 135. Лампа «соллюкс».

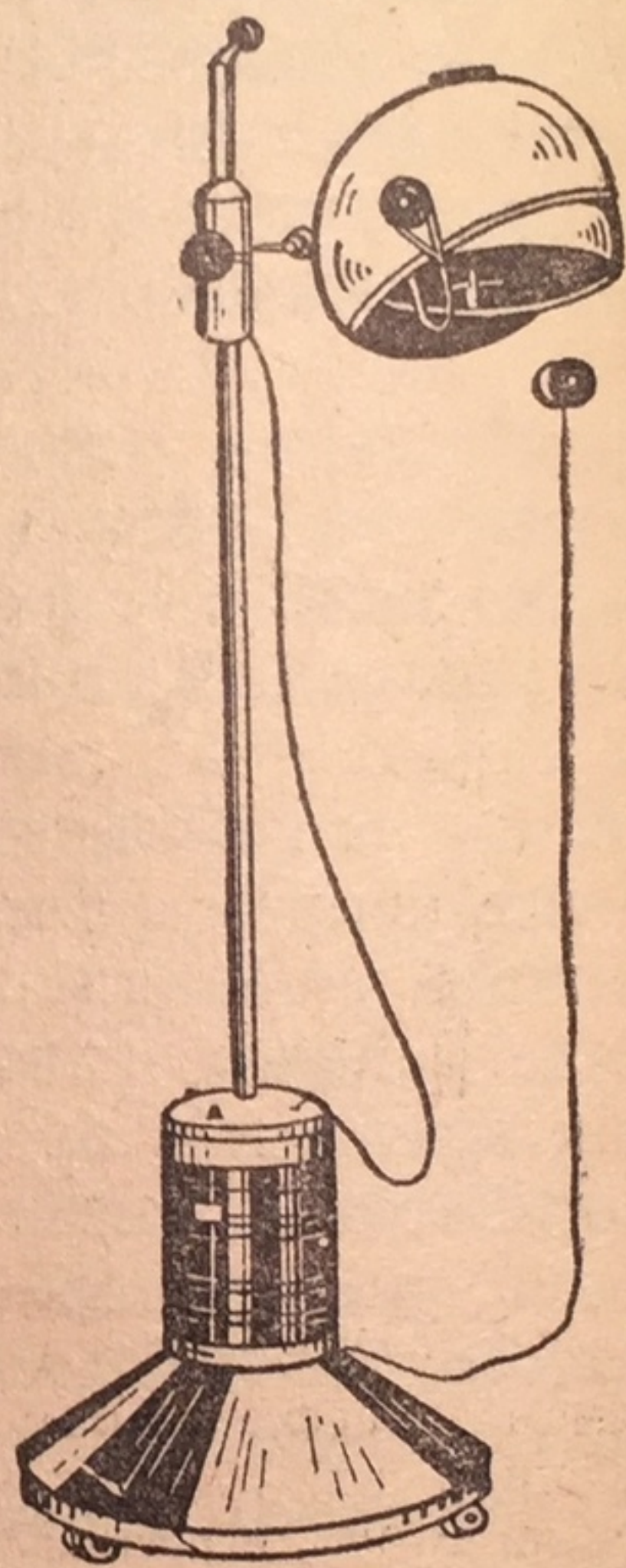


Рис. 136. Кварцевая лампа.

паховых желез, начинающийся бартолинит). Длительность освещения — от 20 до 60 минут ежедневно в течение 10—15 дней.

Электрические накидные ванны благодаря своей доступности и благоприятным результатам получили большое распространение в гинекологии. Такой полукруглый ящик с лампами накаливания внутри, имеющий вид туннеля (рис. 137), устанавливают над животом больной, а поверх накрывают шерстяным одеялом. Сбоку или сверху имеется трубка для термометра, который устанавливают таким образом, что он не касается тела больной и показывает температуру у поверхности кожи. Обычно эта температура доводится до 60—70°С и регулируется включением или выключением части лампочек. Электрические ванны заменили и вытеснили такие суховоздушные ванны, где источником применяемого тепла является горячий воздух. Применение электрических ванн способствует рассасыванию воспалительных процессов в органах малого таза.

Электрические  
и особенно хорошо  
вой клетчатки). Про  
10—20 сеансов.  
Противопоказани  
болевания почек и  
процессы в тазе и д  
Лампа «соллюкс»  
лампу в 2000 свеч  
ные лучи.

Рис. 1

Лампа с рефл  
уменьшением или  
освещения. Внизу  
лизовать силу свет  
Для местного  
сообразный рефле  
ный фильтр.

Лампа «сол  
острых и хр  
органов женщи  
ляющее средст  
красного филь  
коцитоз.

Длительнос  
ансов.

Ртутно-к  
товые лучи.

ных лучей  
фиолетовых

В гинеко  
как для общ  
шему облуче



Электрические ванны применяются при различных воспалительных процессах тазовых органов (с нормальной температурой) и особенно хорошо действуют при параметритах (воспаление тазовой клетчатки). Продолжительность сеанса — от 5 до 30 минут; всего 10—20 сеансов.

Противопоказания: пороки сердца, миокардит, тяжелые заболевания почек и все острые или обострившиеся воспалительные процессы в тазе и других отделах организма.

Лампа «соллюкс» представляет собой большую электрическую лампу в 2000 свечей, излучающую, главным образом, инфракрасные лучи.

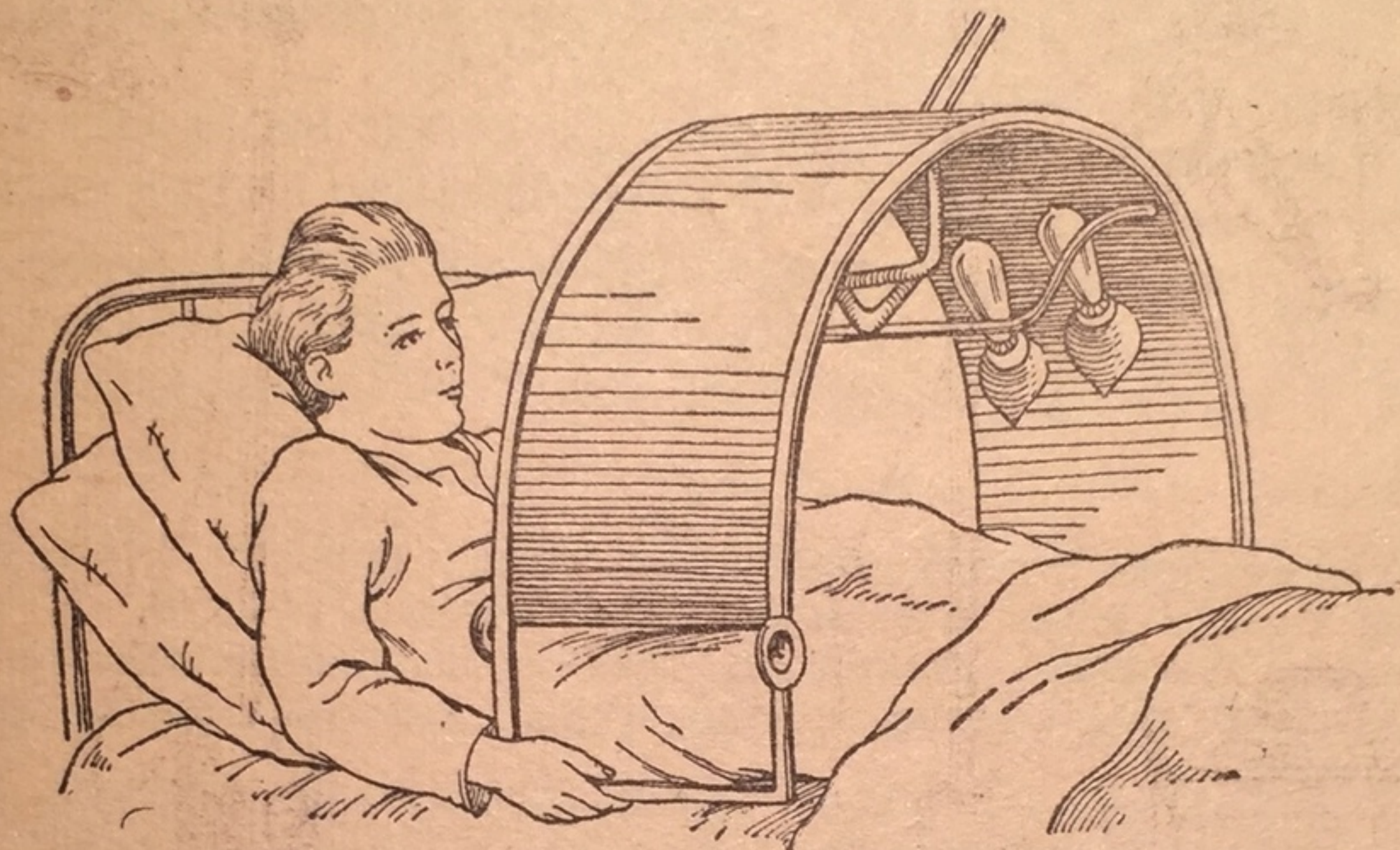


Рис. 137. Электрическая накидная световая ванна.

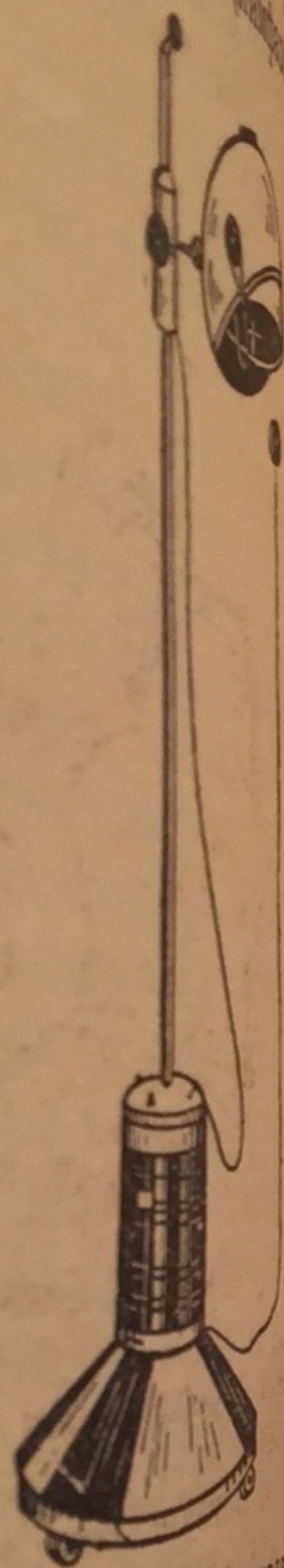


Рис. 136. Кварцевая лампа.

Лампа с рефлектором укрепляется на штативе, дающем возможность уменьшением или увеличением расстояния усиливать или ослаблять силу освещения. Внизу штатива имеется реостат, при помощи которого можно регулировать силу света.

Для местного освещения к рефлектору прикрепляют добавочный конусообразный рефлектор, на конец которого можно надевать синий или красный фильтр.

Лампа «соллюкс» широко применяется в гинекологии при острых и хронических воспалительных процессах половых органов женщины, действуя как хорошее рассасывающее и болеутоляющее средство. Особенно хорошие результаты дает применение красного фильтра, вызывая местную гиперемию и повышенный лейкоцитоз.

Длительность процедуры — от 20 до 60 минут. Всего 10—30 сеансов.

Ртутно-кварцевая лампа дает преимущественно ультрафиолетовые лучи. Излучение ртутно-кварцевой лампы дает инфракрасных лучей 7,3%, световых (видимых) лучей — 47,0%, ультрафиолетовых лучей — 45,7%.

В гинекологической практике пользуются кварцевой лампой как для общего, так и для местного облучения. Показания к общему облучению ультрафиолетовыми лучами:



- 1) туберкулез половых органов,
- 2) хронические воспалительные гинекологические заболевания с явлениями общего малокровия и упадка питания,
- 3) расстройство оварияльной функции (аменорея, гипоменорея, олигоменорея, дисменорея),
- 4) малокровие и повышенная нервная возбудимость в период полового созревания.

Местное облучение ультрафиолетовыми лучами производится при нагноениях операционных ран брюшной стенки и промежности, при роже и фурункулезе.

Общее облучение начинают с 2—3 ультрафиолетовых единиц (УФЕ), увеличивая дозу при каждом последующем сеансе на 2—3 УФЕ. Общая доза доводится до 30—40 УФЕ.

При применении ультрафиолетовых лучей необходимо следить за тем, чтобы не было ожога. При неправильном применении ультрафиолетовые лучи вызывают воспалительный процесс кожи, который обнаруживается лишь через 12—24 часа. Ожог здесь бывает не тепловой, а является результатом химического воздействия лучей на кожу.

Перед включением горелку протирают чистым спиртом, чтобы освободить ее от пыли и следов жира, если до нее дотрагивались руками.

Необходимо помнить, что для горелки вредны частые включения, а потому в перерывах между сеансами, длящимися несколько минут, ток выключать не следует.

При работе с кварцевой лампой как персоналу, так и больной надо надевать на глаза защитные очки из темного стекла, чтобы не вызывать раздражения роговой оболочки глаз (конъюнктивиты).

В тех случаях, когда хотят на определенный участок тела воздействовать одновременно короткими ультрафиолетовыми и тепловыми лучами, производят облучение одновременно кварцевой лампой и лампой «соллюкс».

### Гидротерапия

Гидротерапия, или водолечение, представляет собой [физический метод лечения, при котором применяется с лечебными целями вода различной температуры.

Действие водолечения неразрывно связано с влиянием на организм температурных раздражений (тепла или холода); складывается оно из следующих моментов.

1. *Термическое раздражение*, сила которого зависит от разницы температуры тела и воды, от количества тепла, которое доставляется организму или, наоборот, отнимается от него (при применении холода), от быстроты перемены действующей температуры. Так, например, если больного сразу посадить в горячую ванну, то раздражение чувствительных нервных окончаний кожи будет сильнее, чем в том случае, если вода в ванне будет подогреваться постепенно и, следовательно, будут более интенсивными рефлек-



торные реакции организма (изменения дыхания, деятельности сердца, обмена веществ и др.). Кроме того, на силу раздражения влияет длительность воздействия тепла или холода — более длительное действие вызывает и более сильную реакцию. Имеют значение место и величина кожной поверхности и привыкание к той или иной процедуре.

Поэтому температура повторных процедур должна быть выше, чтобы вызвать первоначальный эффект.

2. *Механическое раздражение* (давление столба жидкости в общей ванне, раздражение кожи при душе, обтирании и т. п.).

3. *Химическое раздражение*, зависящее от химических примесей к воде (углекислые, горчичные ванны и т. п.).

### Лечение ваннами

В больничных учреждениях часто пользуются ваннами как наиболее доступной и в то же время весьма ценной гидротерапевтической процедурой.

При отсутствии ванны последняя может быть заменена большим корытом, кадкой, а для местных процедур — ушатом, большим тазом.

Ванны подразделяются на: 1) *общие*, если погружается все туловище до шеи; 2) *местные*, когда погружается лишь часть тела (сидячие, поясные и ножные ванны). Как те, так и другие в свою очередь делятся в зависимости от температуры воды на горячие —  $38^{\circ}$  и выше, теплые — от  $35$  до  $37^{\circ}$ , индифферентные —  $34^{\circ}$ , прохладные —  $25$ — $33^{\circ}$  и холодные — ниже  $25^{\circ}$ .

Действие ванн на организм складывается из тех же моментов, которые характерны для гидротерапевтических процедур вообще, а именно — термического, механического и химического раздражений, причем теплые ванны уменьшают обмен веществ, а горячие и холодные усиливают его.

Следует помнить, что ванны оказывают влияние на тонус центральной нервной системы, причем реакция больных (ощущение бодрости или, наоборот, утомления и вялости) после ванн может быть индивидуальной. Она зависит не только от того, какая ванна была применена, но и от особенности высшей нервной деятельности больных.

Поэтому всегда следует спросить больную о том, как она себя чувствовала после ванны.

Из общих ванн чаще всего применяются теплые; помимо гигиенических целей, ими достигается улучшение функции кожи; больные после таких ванн обычно испытывают чувство приятного удовлетворения и бодрости. Нужно крайне осторожно применять общие ванны у слабых и истощенных больных; следует ограничивать их в движениях, сажать и вынимать больных из ванны, не допуская, чтобы они сами мылись и вытирались. После ванны их необходимо тотчас же перенести и уложить в постель.

Иногда приходится довольствоваться простыми обтираниями таких больных водой или пополам со спиртом.



Противопоказаний к теплым ваннам, за исключением вышеуказанных (у слабых и истощенных больных), почти нет; такие ванны могут быть назначаемы даже лихорадящим тяжело больным при соблюдении особых предосторожностей и с соответствующими приспособлениями.

Чаще в гинекологической практике применяют сидячие или поясные ванны. Действие их преимущественно местное — на органы таза и живота. Теплые сидячие ванны ( $35-37^{\circ}$ ), продолжительностью в 20—30 минут, применяют как успокаивающие и рассасывающие при хронических заболеваниях тазовых органов; горячие же ванны до  $40^{\circ}$  и выше — при экссудативных процессах и воспалительных инфильтратах в той же области как энергичная рассасывающая процедура.

Для сидячих ванн лучше всего применять специальные резервуары (полуванны) в виде изображенной на рис. 138. Усадив в такую полуванну больную, непокрытые водой части тела укутывают одеялом, а поверх ванна покрывается еще брезентом, чтобы вода в ней не так быстро остывала.

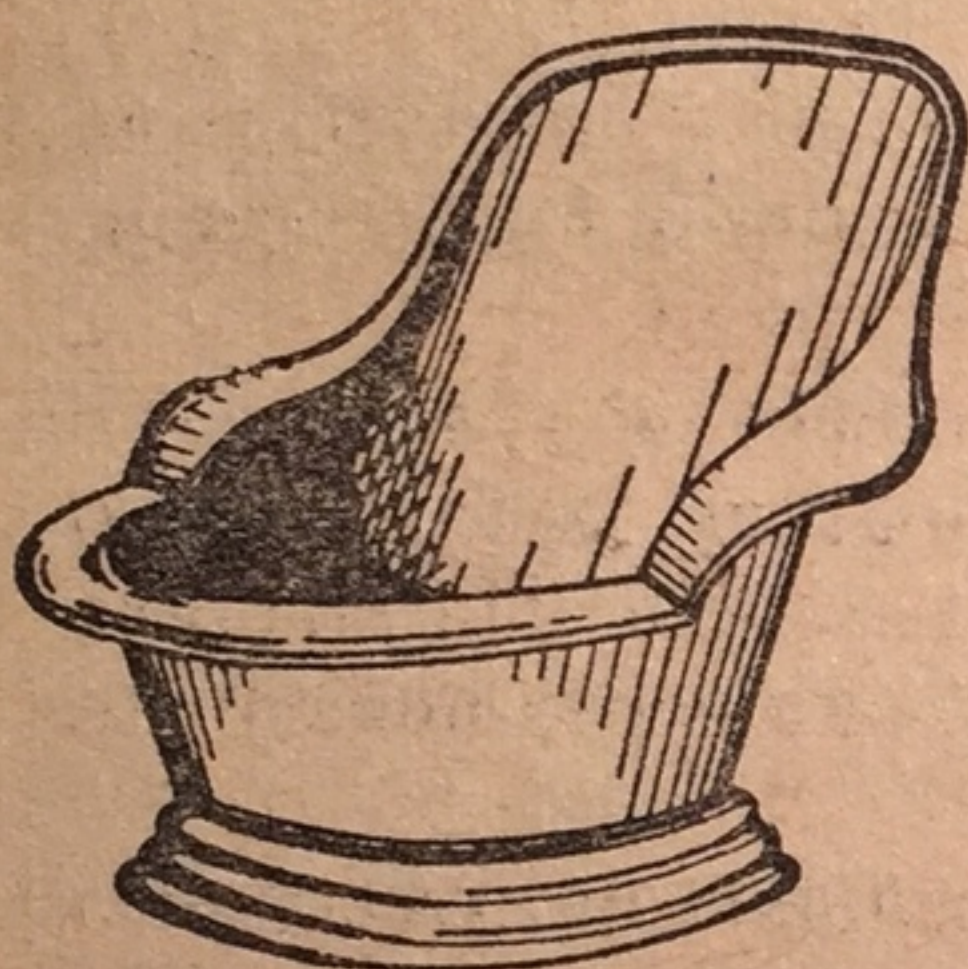


Рис. 138. Сидячая ванна (полуванна).

Иногда к воде примешивают химические вещества с целью усиления термического и химического раздражения кожи, увеличения притока крови и, следовательно, усиления рассасывания. С этой целью примешивается к воде поваренная, морская (1—5%) и другие соли, получаемые из минеральных источников, — так называемые маточные рассолы.

Следует иметь в виду, что в связи с усилением раздражающего действия ванны от вышеперечисленных примесей температура воды такой ванны должна быть ниже, чем обыкновенной водяной ванны.

Наконец, *холодные* ( $14-15^{\circ}$ ) ванны продолжительностью в 2—5 минут как возбуждающие, повышающие тонус мышечной и нервной систем с последующим усилением кровообращения находят себе применение при атонии мочевого пузыря, кишечника, при аменорее функционального происхождения.

С целью лечения гинекологических заболеваний применяют также ванны из минеральных вод (соленые, соляно-щелочные, сероводородные, углекислые и др.), которые готовят таким образом, что ванна из обыкновенной подогретой до соответствующей температуры воды насыщается углекислотой или же к ней подмешивается необходимое вещество. Такие ванны хорошо действуют на общее состояние больных и способствуют рассасыванию воспалительных процессов.

При применении общих и местных ванн, особенно высокой температуры, у больных могут появляться различные неприятные симптомы со стороны сердечно-сосудистой системы (сердцебиение, головокружение), обморочные состояния, иногда даже с потерей сознания. Поэтому нужно самым тщательным образом следить



за общим самочувствием и пульсом больной, чтобы не получить излишнего перераздражения и коллапса.

Гораздо реже в гинекологической практике применяют души. При «приливах» в климактерическом периоде применяют как отвлекающий так называемый подошвенный душ, при ослаблении полового чувства — промежностный душ, при геморрое — душ на область заднего прохода.

Противопоказанием к назначению гидротерапевтических процедур являются болезни сердца с расстройством компенсации, активный туберкулез легких, злокачественные опухоли с резкой кахексией, резко выраженный общий артериосклероз.

## Грязелечение

Лечение грязями осуществляется обычно на грязевых курортах (Евпатория, Пятигорск, Ессентуки, Славянск, Старая Русса и др.). Однако большое развитие грязелечение получило и вне курортов.

Для лечебных целей назначаются неорганические иловые грязи, органические грязи из пресных озер, торфяные грязи.

Наиболее широко применяются иловые и торфяные грязи.

Иловая грязь представляет собой пластичную маслянистую массу черного цвета с запахом сероводорода и аммиака. На воздухе грязь имеет серый цвет, но если ее залить рапой, она через некоторое время вновь становится черной.

Торфяные грязи являются продуктом длительно протекающего разложения растительных организмов при отсутствии доступа кислорода. Они богаты коллоидными органическими веществами и минеральными солями.

Годный для лечебных целей торф-сырец при сжимании его в кулаке должен, как пластичная масса, легко проскальзывать между пальцами, пачкая руку и не выделяя при этом воды. Теплопроводность торфа меньше теплопроводности не только иловой грязи, но и воды. Для лечебных целей обычно используются торфы пресных вод.

Торфяные грязи применяются на курортах Кашан, Миргород, Липецк, Зеленоградск и др.

В гинекологии широко применяются влагалищные грязевые тампоны, местные грязевые ванны и лепешки. Показания к назначению названных процедур в основном те же, что и к применению местных горячих процедур вообще, но только они действуют сильнее в смысле рассасывания всякого рода инфильтратов и самых разнообразных воспалительных процессов в полости таза у женщин. При применении влагалищных тампонов к описанному выше действию грязи присоединяется еще эффект колюмнизации (выполнение про-света влагалища и сводов тампоном или каким-либо пластическим веществом, как, например, грязью, глиной и т. п.).

Показанием к применению грязей являются следующие заболевания женских половых органов:



1) хронические воспалительные заболевания в полости малого таза инфекционного происхождения;

2) функциональные расстройства полового аппарата: недоразвитие половых органов, ранний климактерический период, олигоменоррея (скудные, короткие месячные), дисменоррея, аменоррея;

3) заболевания, подлежащие оперативному вмешательству, перед которыми желательно предварительное грязелечение: замурованные воспаленной клетчаткой придатки, брюшинные спайки и т. п.;

4) бесплодие, обусловленное непроходимостью труб;

5) послеоперационные осложнения: заживление раны вторичным натяжением, послеоперационные инфильтраты, тромбофлебиты, болезненные рубцы.

*Противопоказаниями к грязелечению являются:*

1) острые и подострые воспалительные процессы;

2) туберкулез половых органов;

3) злокачественные новообразования;

4) беременность и послеродовой период.

Для диагностирования затихших воспалительных процессов следует руководствоваться, кроме анамнеза и данных двуручного исследования, систематическим измерением температуры (особенно в период месячных), реакцией оседания красных кровяных шариков, результатами общего исследования крови.

Кроме того, каждая больная, направляемая на грязелечение, должна быть обследована терапевтом для установления, не имеется ли каких-либо других заболеваний, могущих служить противопоказанием для грязелечения (болезни сердечно-сосудистой системы, почек, острые воспалительные процессы, анемии и т. д.).

Грязелечение может проводиться в следующих видах: полуванны, лепешки и грязевые тампоны. При гинекологических заболеваниях применяют главным образом полуванны (труссы), при этом грязью обкладывается область таза и верхняя треть бедер. Чтобы грязь не остывала, больную сверху укутывают брезентом. Ввиду того, что при грязелечении приходится иметь дело с больными, ослабленными предшествующими заболеваниями, не следует назначать сразу горячих ванн. При назначении «труссов» у гинекологических больных устраняются также побочные явления, часто наблюдаемые при общих ваннах: неправильное, затрудненное дыхание, осложнения со стороны сердечно-сосудистой системы.

Если ванны принимаются на открытом воздухе, то голова защищается от солнечных лучей зонтом.

Применение грязевых тампонов проводится следующим образом. Больную укладывают на стол в положении гинекологического исследования и во влагалище вводят гуттаперчевое цилиндрическое зеркало, в которое шпателем накладывают грязь до тех пор, пока не будет выполнено почти все зеркало. Затем длинным пинцетом или корнцангом берут ватный шарик, обмотанный марлей и перевязанный ниткой, и им проталкивают грязь из зеркала во влагалище, а зеркало в это время постепенно вынимают из влагалища. Больную



перекладывают на кушетку, область таза и ноги закрывают теплым одеялом.

Кроме описанного метода влагалищного грязелечения, применяются и другие, например введение грязи в марлевых мешочках.

Некоторые рекомендуют вводить грязь во влагалище при помощи отрезка велосипедной камеры, один конец которого вводится глубоко во влагалище, после чего грязь выжимается из камеры, подобно тому, как выжимается из тюбика вазелин.

Чтобы удалить грязь из влагалища, лучше всего поступать следующим образом: больную снова укладывают на гинекологический стол; пальцем, введенным во влагалище, сильно отдавливают промежность и вводят наконечник эсмарховской кружки, наполненной 5—6 стаканами воды. Когда наконечник будет введен до заднего свода, пускают полную струю воды, которая, скопясь ниже грязевого тампона, выталкивает последний из влагалища наподобие пробки. Спринцевание заканчивается обмыванием наружных половых частей. По удалении грязевого тампона больную снова укладывают на кушетку на полчаса и затем отпускают домой.

Нагревание грязи для тампонов производится или в водяной бане, или же, если таковой не имеется, сосуд с грязью (металлическая кружка, кастрюля) ставится в кипящую воду. Температура грязи берется на 2° выше той, которую желают применить, так как во время процедуры введения грязи она остывает.

Курс лечения — от 15 до 20 тампонов в зависимости от показаний.

Больным, закончившим грязевое лечение, необходимо дать следующие советы.

1. Соблюдать гигиенические условия (гигиенические ванны, ежедневные подмывания).

2. Не поднимать больших тяжестей.

3. Следить за правильным действием кишечника.

4. По излечении находиться первое время под наблюдением врача, которым должен быть определен срок полового воздержания.

Только при соблюдении этих условий могут быть закреплены хорошие результаты грязевого лечения.

### Парафинотерапия

Для лечебных целей применяют белый, обезвоженный парафин с удельным весом 0,9, температурой плавления 52—55°, почти свободный от примесей минеральных масел и смол.

Парафин нагревают на водяной бане до 60—65°, после чего его наносят плоской кистью на кожу; толщина слоя не превышает 2—3 мм. Этот слой является предохраняющим кожу от ожога. Поверх него накладывают марлевую прокладку (из 8—10 слоев марли), пропитанную горячим парафином (70—80°). Последнюю покрывают вошанкой, а затем ватой или шерстяным одеялом для сохранения тепла.



Сеансы ежедневные, до 30—60 минут.

Метод влагалищной парафинотерапии заключается в следующем: во влагалище вводится резиновая трубка диаметром 0,5—1 см и длиной 15—20 см на глубину 5—6 см. На наружные половые органы накладывается валик из парафина, температура которого должна быть не выше 50°. Этот валик, с одной стороны, удерживает на месте трубки, а с другой — препятствует вытеканию горячего парафина из влагалища. После этого шприцем или баллоном вливают во влагалище через резиновую трубку простерилизованный парафин в количестве 100 мл требуемой температуры. После наполнения трубку закрывают пробкой. Через час после затвердения парафина резиновая трубка извлекается, наружный парафиновый валик также удаляется. Парафиновый же тампон оставляется еще на несколько часов и легко выходит сам при натуживании больной.

Использованный парафин может вновь употребляться после стерилизации при 110—120° в течение 10 минут. До стерилизации парафин необходимо промыть в сите сильной струей воды, после чего хорошо его просушить. После 2—3-кратного употребления парафин теряет свою пластичность и начинает крошиться, но если к нему прибавить 25—30% свежего, он снова становится годным к употреблению.

### Озокеритотерапия

Озокерит (горный воск) добывается из недр земли в месторождениях нефти.

С лечебными целями применяется озокерит-стандарт, получаемый из озокерита-сырца путем удаления из последнего воды, минеральных масел и механических примесей.

Озокерит-стандарт в основном состоит из церезина, небольшого количества парафина, смол и асфальтенов. Температура плавления его — 52—68°. Большая теплоемкость и низкая теплопроводность озокерита способствуют продолжительному сохранению тепла.

Высокая температура озокерита (60—70°) не вызывает у больных тех неприятных ощущений, которые наблюдаются при грязелечении (сердцебиения, утомление). Имеются данные, говорящие о наличии в озокерите эстрогенных веществ.

Противовоспалительное действие озокерита особенно выражено при воспалительных инфильтратах и экссудатах в полостях, при воспалительных процессах матки, придатков, тазовой брюшины и клетчатки. Озокерит эффективен при заболеваниях периферических сосудов (тромбофлебиты). Он обладает также болеутоляющим действием (иногда после кратковременного обострения процесса). Применяется озокерит в виде аппликаций (50—60°) или компрессов. Продолжительность процедуры — 30—60 минут. Процедуры назначаются ежедневно или через день. Число процедур — 15—30.

Методика применения озокерита для компрессов состоит в следующем.



Берут 2 прокладки из хлопчатобумажной ткани (лучше из фланели) несколько большего размера, чем участок тела, на который будет накладываться компресс, и погружают их в расплавленный озокерит. После того как они хорошо пропитаются озокеритом, их вынимают при помощи длинного корнцанга, распластывают на доске и дают остыть до нужной температуры (45—50°). Сначала накладывают одну прокладку, а поверх нее вторую, температура которой должна быть выше первой (60—70°). Затем на прокладки помещают клеенку или вощаную бумагу в несколько слоев, сверху ватник, после чего больную заворачивают в простыню и одеяло.

Если нужно применить лепешку, то расплавленный озокерит наливают в металлическую кювету, в которую положена клеенка; размер последней должен быть такой же, как участок тела, на который будет накладываться лепешка. Толщина слоя озокерита — от 2 до 5 см. Когда температура на поверхности расплавленного озокерита достигнет 40°, его вместе с клеенкой извлекают из кюветы и накладывают на тело больной. Поверх клеенки кладется ватник, после чего больную закутывают в простыню и теплое одеяло.

### Массаж и лечебная физкультура

Массаж является ценным терапевтическим методом и, как известно, с успехом применяется при различных заболеваниях. В гинекологической практике массаж применяется сравнительно редко и по специальным показаниям, которые устанавливаются только врачом.

Под влиянием массажа, т. е. механического раздражения, в тканях происходит ряд изменений. Прежде всего раздражение различных рецепторов приводит в действие ряд рефлекторных механизмов. Например, под действием массажа рефлекторно усиливается крово- и лимфообращение, что в значительной мере и обуславливает его терапевтический эффект.

Массаж улучшает кровоснабжение, а следовательно, и питание тканей, способствует более быстрому удалению продуктов обмена; оказывает влияние и на мышечную систему. Особенно благоприятное действие его сказывается при наличии атрофии мышц.

Исходя из сказанного, показаниями к массажу у гинекологических больных являются функциональная неполноценность (дряблость, плохая сократительность) мышц тазового дна и брюшной стенки. В таких случаях массаж обычно комбинируется с гимнастическими упражнениями. Массаж показан у выздоравливающих и ослабленных больных после длительного пребывания в постели, вызванного различными заболеваниями. В таких случаях после проведенного курса общего массажа у больных наступает улучшение самочувствия, сна, аппетита.

Специальные виды массажа бывают необходимы у больных с так называемыми «наркотическими парезами» верхних конечностей после перенесенных полостных операций.



Как известно, подобные осложнения возникают при неправильном положении верхних конечностей при операции вследствие большого и длительного отведения конечностей или длительного прижатия плечевого нервного сплетения на операционном столе. При внимательном наблюдении за больной такие осложнения легко могут быть предупреждены.

Наконец, специальные виды гинекологического массажа применяются при неправильных положениях матки, при рубцовых изменениях тканей малого таза (спайки на почве перенесенных воспалительных процессов). В таких случаях производится осторожное разминание и растяжение спаек с целью устранения обусловленных ими симптомов. Для проведения такого рода массажа нужно иметь большой опыт.

Что касается лечебной физкультуры, то она в виде легких гимнастических упражнений показана для выздоравливающих больных, для больных после оперативных вмешательств — каждый раз с особого разрешения врача.

Упражнения подбираются индивидуально для каждой больной и состоят из легких движений конечностей, наклоны туловища, ходьбы, приседаний и т. п.

У ослабленных больных при отсутствии противопоказаний можно осуществлять пассивную лечебную гимнастику, т. е. пассивные движения (например, конечностей) с посторонней помощью без участия больной.

Особое значение для женского организма имеют систематические занятия физкультурой с детского возраста.

Женщины, систематически занимающиеся физкультурой, легче рожают, у них значительно реже наблюдаются различные осложнения в родах и послеродовом периоде, сопротивляемость организма у них более высокая, чем у лиц, не занимающихся физкультурой, поэтому они реже болеют и легче переносят заболевания.

Это обязывает медицинский персонал всегда пропагандировать среди женщин занятие физкультурой и спортом независимо от возраста.

### Санаторно-курортное лечение

Несмотря на то, что средний медицинский персонал не решает вопросов о направлении больных на санаторно-курортное лечение, тем не менее ему необходимо знать принципы отбора больных на курорты с целью разъяснения их населению, с которым фельдшеры и акушерки в процессе своей работы имеют тесный контакт.

Санаторно-курортное лечение в нашей стране является одним из важных лечебных методов и широко доступно больным.

Успешность санаторно-курортного лечения зависит прежде всего от правильного отбора больных на курорты и в санатории, от правильного выбора курорта и лечебного сезона.

У населения укоренилось довольно распространенное ошибочное мнение о том, что хороших результатов лечения можно достигнуть



преимущественно на южных курортах и только в летние месяцы. Однако нужно знать, что лечение на курортах средней полосы СССР, Урала, Сибири, Прибалтики и др. дает результаты не худшие, чем на южных курортах, если правильно установлены показания. Кроме того, при некоторых заболеваниях лечение на южных курортах, особенно в летние жаркие месяцы, вообще противопоказано, например, больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями (артериосклероз, гипертония), с расстройствами вегетативной нервной системы, с открытыми формами туберкулеза, людям, перенесшим инфаркт миокарда, и др. В настоящее время многие специалисты считают, что неправильно направлять на южные курорты больных — жителей северных районов, так как резкая перемена климата может повести к ухудшению состояния их здоровья; лучших результатов можно добиться в привычных для больного климатических условиях.

Не всегда правильно населением оцениваются курорты как место для отдыха. Курорты предназначаются в основном для лечения.

Конечно, не возбраняется здоровым людям ездить на отдых на юг, но для этого совершенно не обязательно пребывание на курорте или в санатории. Поэтому без особой необходимости и соответствующих показаний не следует рекомендовать больным ехать на далекие южные курорты, лучше пользоваться местными курортами, в привычных климатических условиях.

Таким образом, при решении вопроса о направлении на санаторно-курортное лечение необходим индивидуальный подход к каждому больному с учетом тех условий, о которых было сказано выше.

При гинекологических заболеваниях в ряде случаев показано лечение на грязевых, бальнеологических и климатических курортах.

Лечению на курортах подлежат больные, страдающие хроническим воспалением придатков матки, ооооматочной клетчатки и брюшины малого таза (хронические параметриты и пельвеоперитониты). Такие больные могут направляться на курорты спустя 2—3 месяца после обострения процесса. В ряде случаев показано курортное лечение при хронических метроэндометритах, при неправильных положениях матки с ограничением ее подвижности, после перенесенных воспалительных процессов, при рецидивирующих хронических кольпитах и цервицитах.

В СССР функционируют следующие виды курортов для гинекологических больных:

- 1) грязевые с крепкими хлоридно-натриевыми водами: Анапа, Евпатория, Ейск, Кемери, Куяльницкий лиман (Одесса), Пятигорск, Саки, Сергиевские минеральные воды, Славянск, Сольцы, Старая Русса, Хилово, Чапаевские минеральные воды и др.;
- 2) с сероводородными водами: Горячий Ключ, Ейск, Кемери, Красноусольск, Пятигорск, Сергиевские минеральные воды, Серноводск, Сочи — Мацеста и др.;
- 3) с радоновыми водами: Белокуриха, Пятигорск, Цхалтубо и др.



На некоторых курортах (Сочи—Мацеста, Пятигорск, Саки) проводится амбулаторное лечение больных при курортных поликлиниках.

Отбор больных на санаторно-курортное лечение производится лечащими врачами больниц, клиник, поликлиник, диспансеров в строгом соответствии с инструкциями Министерства здравоохранения СССР, содержащими перечень показаний и противопоказаний для лечения на курортах.

## ЛУЧЕВЫЕ МЕТОДЫ ТЕРАПИИ

### Рентгенотерапия

Из неоперативных методов лечения рентгеновы лучи и радий занимают крупное место в терапии женских заболеваний, давая блестящие результаты при лечении метроррагий, воспалительных процессов и особенно доброкачественных и злокачественных новообразований женской половой сферы.

До недавнего времени рентгеновым лучам преимущественно приписывалось местное действие, например разрушающее действие на фолликулы при облучении яичников, разрушение опухолевых клеток при облучении злокачественных опухолей. Новейшие исследования, однако, показали, что если действие рентгеновых лучей на ткани в основном и является местным, то наряду с ним имеется и общее рефлекторное влияние через нервную систему на весь организм, что в терапевтическом эффекте играет огромную роль.

При лечении рентгеновыми лучами (а равно и радием) лечебный эффект зависит от многих причин: от индивидуальных особенностей больного, от состояния и функции его нервной системы, от возраста больного, от методики облучения.

Таким образом, внешнее воздействие рентгеновыми лучами в виде облучения какой-то части организма (или опухоли) неизбежно влечет за собой разнообразные реакции со стороны организма как целого.

Что касается применения рентгеновых лучей при *маточных кровотечениях*, связанных с нарушением функции *яичников*, то нужно сказать, что в этом отношении рентгеновы лучи являются особенно ценными, так как в них мы имеем верный способ воздействия на фолликулярный аппарат яичника. Последний под влиянием рентгеновых лучей подвергается глубоким дегенеративным процессам, что в конечном итоге ведет к атрофии фолликулярного аппарата и к полному прекращению образования яйцевых клеток, в результате чего наступает стойкая аменоррея. Как в том, так и в другом случае основной симптом заболевания — кровотечение — прекращается.

Параллельно с изменениями в яичнике происходят глубокие изменения и в слизистой оболочке матки, сводящиеся в конечном



итоге к обширным склеротическим процессам и регрессивным изменениям в железистом аппарате.

Принимая во внимание указанное действие рентгеновых лучей на фолликулярный аппарат яичника, применение рентгенотерапии при функциональных маточных кровотечениях возможно только у женщин в периоде, близком к климактерию.

При назначении рентгеновых лучей при кровотечениях в климактерическом возрасте необходимо вначале убедиться в отсутствии злокачественных процессов в матке, что может быть достигнуто предварительным пробным выскабливанием с последующим гистологическим исследованием соскоба. Иногда при обильных кровотечениях функционального характера применяется рентгенизация селезенки; при этом происходит, повидимому, распад большого количества тромбоцитов, что способствует повышению свертываемости крови.

Применение рентгеновых лучей при *фибромиомах* матки также получило широкое распространение, заменив в значительном числе случаев оперативное вмешательство. Помимо уничтожения одного из основных симптомов фибромиом, который заставляет приступать к лечению, кровотечения, влияние лучистой энергии сказывается и в уменьшении или даже полном исчезновении опухоли, ибо с прекращением менструальной функции вследствие разрушения фолликулярного аппарата наступают атрофические изменения в тканях матки, способствующие уменьшению, а часто даже полному исчезновению опухоли.

Действуя на ткани и сосудистую систему матки, лучистая энергия вызывает атрофию мышечных клеток, склеротический процесс и умеренное гиалиновое перерождение волокон межуточной ткани, а также склероз сосудов.

*Противопоказанием* к рентгенизации фибромиом большинство авторов считает подслизистые фибромиомы и фибромиомы больших размеров, молодой возраст больной (опасность явлений выпадения) и злокачественное превращение опухоли (быстрый рост).

Применение рентгеновых лучей при воспалительных процессах (малыми дозами) находит весьма ограниченное применение.

Значительно чаще рентгенотерапия применяется при туберкулезе женских половых органов (туберкулез придатков и брюшины) и дает обычно благоприятные результаты. Действие рентгеновых лучей при туберкулезе в основном обусловлено, повидимому, влиянием на изменение реактивности организма (изменение обмена, образование защитных ферментов, стимулирование развития соединительной ткани).

При злокачественных новообразованиях под влиянием рентгеновых лучей в опухоли происходит нарушение клеточного размножения, а затем и окончательное разрушение раковых клеток. Параллельно с разрушением опухолевой ткани происходит разрастание соединительной ткани, в результате чего опухолевая ткань, постепенно исчезая, замещается плотной рубцовой тканью.



Помимо описанных местных реакций в тканях опухоли, рентгенотерапия оказывает безусловно и общее воздействие на организм и в первую очередь на обмен веществ, регулируемый, как известно, центральной нервной системой.

Лечебный эффект при опухолях, помимо перечисленных выше причин, зависит еще и от чувствительности материнских клеток опухоли к лучистой энергии.

В последнее время с успехом применяют рентгеновы лучи и в случаях тяжелых явлений *выпадения в климактерическом* периоде путем освещения гипофиза, что вызывает понижение гиперфункции этой железы.

### Радиевая терапия

В гинекологической практике широко применяются радиоактивные вещества: радий, радий-мезоторий, радон (эманация радия), а также различные радиоактивные изотопы.

Радий добывается из урановых руд, в которых он содержится в ничтожных количествах, не более 0,2 г на тонну руды, что очень осложняет его добычу; поэтому препараты радия очень дороги.

Радий испускает  $\alpha$ -,  $\beta$ - и  $\gamma$ -лучи. Для терапевтических целей используются обычно только  $\gamma$ -лучи, а остальные отфильтровываются при помощи фильтров из тяжелых металлов (золото, платина), которые задерживают  $\alpha$ - и  $\beta$ -лучи. Поэтому препараты радия для применения выпускаются в золотых или платиновых трубочках (фильтрах). Препараты радия очень стойки, так как распад его происходит очень медленно; приблизительно через 1580 лет он распадается наполовину. Этот период называют «периодом полураспада».

Мезоторий имеет период полураспада 6,7 года и в чистом виде для терапевтических целей не употребляется. Обычно он является примесью к радия, поэтому такие препараты и называются «радий-мезоторий».

Для лечебных целей радий применяется не в виде чистого элемента, а в виде солей — хлористой, бромистой, сернокислой и углекислой.

Атом радия после отдачи  $\alpha$ - и  $\beta$ -частиц превращается в атом другого радиоактивного вещества — радона (эманация радия).

Радон относится к числу благородных инертных газов, химически индифферентных. Как газ он не проходит через толщу металла, стекла, слюды; поэтому он легко может быть собран в сосуды, трубки, капилляры. Для лечебных целей радон собирается в стеклянные капилляры, которые запаиваются и вставляются в фильтры из платины или золота.

Радон быстро распадается, период полураспада его равен 3,85 дня; через 4 недели от радона остаются лишь следы.

В последние годы вместо чистых радиоактивных элементов широко внедряются в практику радиоактивные изотопы — радиоактивный кобальт, фосфор, цезий, радиоактивное золото и др.



В гинекологической практике широкое распространение получил радиоактивный кобальт ( $Co^{60}$ ); этот препарат выпускается в стальных фильтрах, которые являются вполне достаточными для того, чтобы отфильтровать мягкие лучи. Радиоактивные изотопы в настоящее время вполне заменяют радий и благодаря дешевизне их изготовления получили широкое распространение.

Радиоактивный фосфор применяется преимущественно при некоторых заболеваниях крови и при опухолях костей. Радиоактивное золото в виде коллоидных растворов применяется для внутривенных вливаний (например, в брюшную полость) с целью лечения метастазов в лимфатические узлы.

Техника применения радиевых препаратов состоит в следующем.

Радиоактивный препарат вкладывается в резиновую трубочку или в специальные пессарии из резины с целью отфильтровывания так называемых вторичных (мягких) лучей, которые возникают при прохождении жестких  $\gamma$ -лучей через фильтры. Эта процедура является обязательной, так как вторичные (мягкие) лучи действуют на ткани неблагоприятно, вызывая поверхностные некрозы. Радиоактивные препараты вводятся или во влагалище, или в канал шейки матки, или в полость матки.

Радий или радиоактивные изотопы применяются преимущественно при лечении злокачественных опухолей женских половых органов, а также при фибромиомах и иногда при маточных кровотечениях функционального характера.

Как правило, радиоактивные препараты оставляются на 1—2 суток, после чего делается перерыв на 2—3 дня.

Доза исчисляется путем умножения количества миллиграммов радия, содержащегося в препарате, на число часов, в течение которых у больной стоял радий.

Например, больной было введено 20 мг радия на 24 часа. Следовательно, доза будет равняться  $20 \times 24 = 480$  мг/час.

Доза может быть высчитана также в рентгеновских единицах.

Больные, которые держат радиоактивные препараты, снабжаются специальным судном; им не разрешается вставать с постели и пользоваться общей уборной во избежание смещения и потери препаратов.

В тех учреждениях, где применяется лечение радием, персонал обязан строго выполнять специальные инструкции, издаваемые Министерством здравоохранения СССР и направленные, с одной стороны, к охране труда работающих с радием, а с другой — к обеспечению сохранности радиевых препаратов.

### ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Наряду с неоперативными методами лечения, в современной гинекологии большое место занимают оперативные способы. Средний медицинский персонал по роду своих обязанностей при оперативных вмешательствах принимает в них деятельное участие в ка-



честве помощников оператора (операционной сестры, наркотизатора, ассистента) и поэтому должен быть хорошо знаком с этой ответственной работой.

В такой же мере, как оператор, лица среднего медицинского персонала должны уметь создать необходимые условия и обстановку для успешного оперирования: обеспечить подготовку операционной и инструментов, проведение тщательной асептики и антисептики при подготовке белья, операционного поля и т. п., одним словом, все то, что гарантировало бы выполнение операции с наименьшей опасностью для жизни и здоровья больной.

### Обстановка операционной

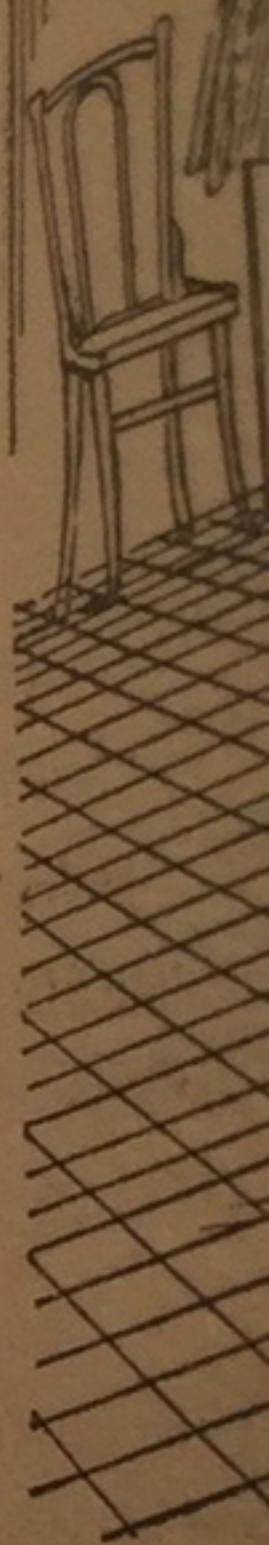
Комната для гинекологических операций должна быть достаточно светлая и просторная. Необходимо в каждом гинекологическом лечебном учреждении выделять две операционные комнаты: одну для «больших» операций, связанных со вскрытием брюшной полости, и вторую — для «малых» операций (без вскрытия брюшной полости). Операционная комната должна быть теплой, хорошо вентилируемой.

Стены операционной должны быть оформлены так, чтобы было меньше места для скопления пыли, поэтому места соединения стен с потолком должны быть закруглены. Как стены, так и потолки должны быть выкрашены масляной краской, для того чтобы их периодически можно было мыть. Пол в операционной должен быть сделан из материала, не всасывающего воду (метлахские плитки, цемент, линолеум или хорошо окрашенный деревянный пол), не должен иметь щелей, где бы скоплялась грязь. Кроме того, необходимо, чтобы пол был снабжен сточным отверстием и несколько покат по направлению к этому отверстию. Операционная комната должна быть снабжена раковиной и краном с горячей и холодной водой, не должна быть загружена лишней мебелью. Вся обстановка операционной состоит из операционного стола, нескольких столиков для инструментов и перевязочного материала, столика для наркотизатора с принадлежностями для наркоза, двух-трех табуреток, одного-двух штативов для бутылей с дезинфицирующими жидкостями и тазов.

Операционная для гинекологических операций должна быть светлой и просторной. Необходимо также обеспечить хорошее искусственное освещение. Для этого предложен целый ряд осветительных приборов: так, для операции чревосечения могут служить висячие электрические, а если нет электричества, то и керосиновые лампы. При влагалищных операциях применяется передвижная электрическая лампа с рефлектором на штативе, ручной рефлектор или же лобный рефлектор.

В операционном шкафу вместе со спичками должны постоянно храниться керосиновая лампа и свечи на случай, если будет нарушена подача электроэнергии во время операции. Свечами пользуются

следующим образом  
а затем обертыва  
старики не обжиг



ванную кружку  
ный аккумулято  
Для гинекол  
Обычный опера

для влагалищн  
ноги при чрев  
жении мы пол



следующим образом: берут три свечи, связывают марлевым бинтом, а затем обертывают бумагой или полотенцем, чтобы стекающий стеарин не обжигал руки. Можно также поместить свечи в эмалиро-

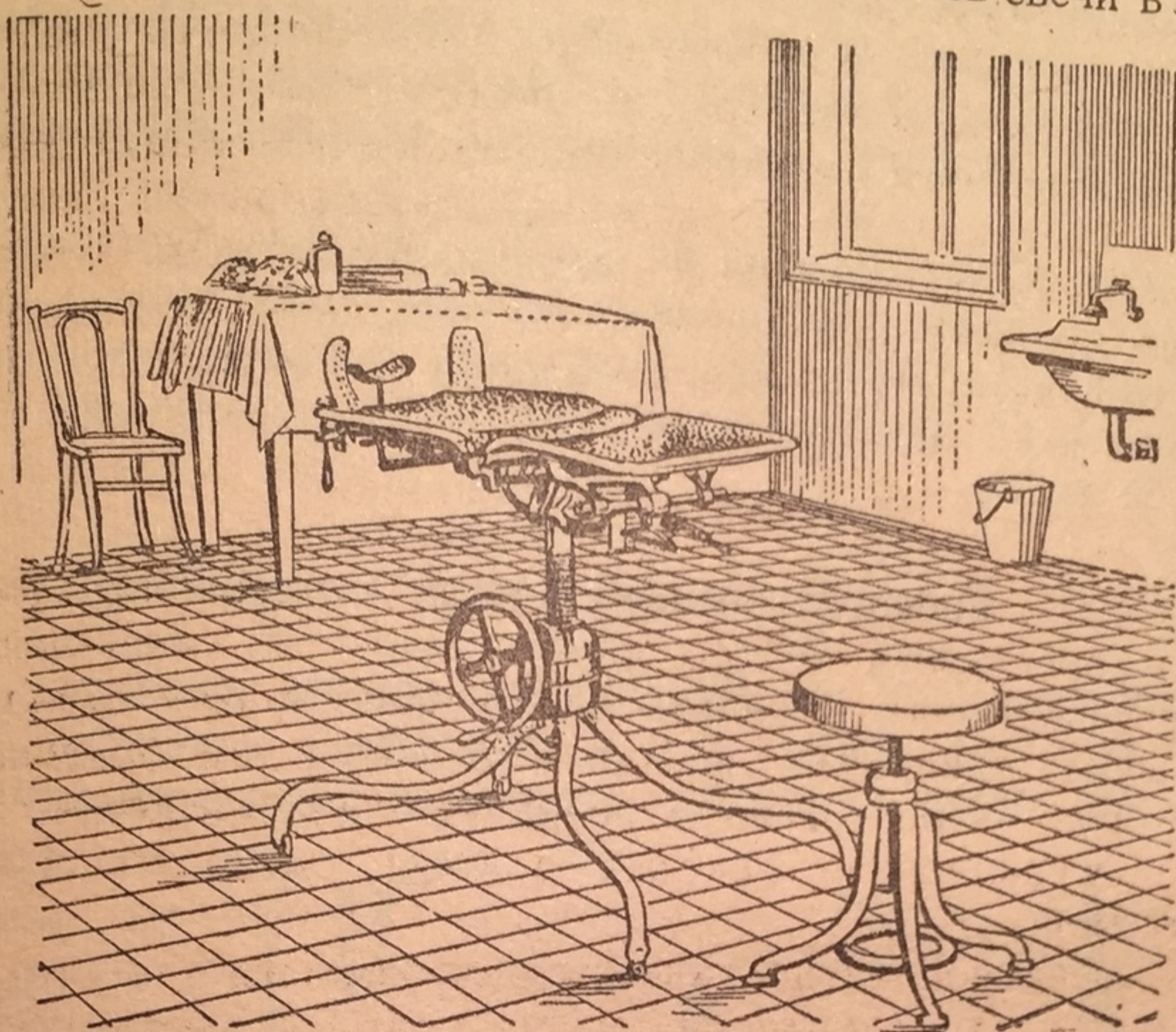


Рис. 139. Операционный стол.

ванную кружку с ручкой. Еще лучше иметь в операционной аварийный аккумулятор.

Для гинекологических операций не требуется сложного стола. Обычный операционный стол (рис. 139) легко можно приспособить

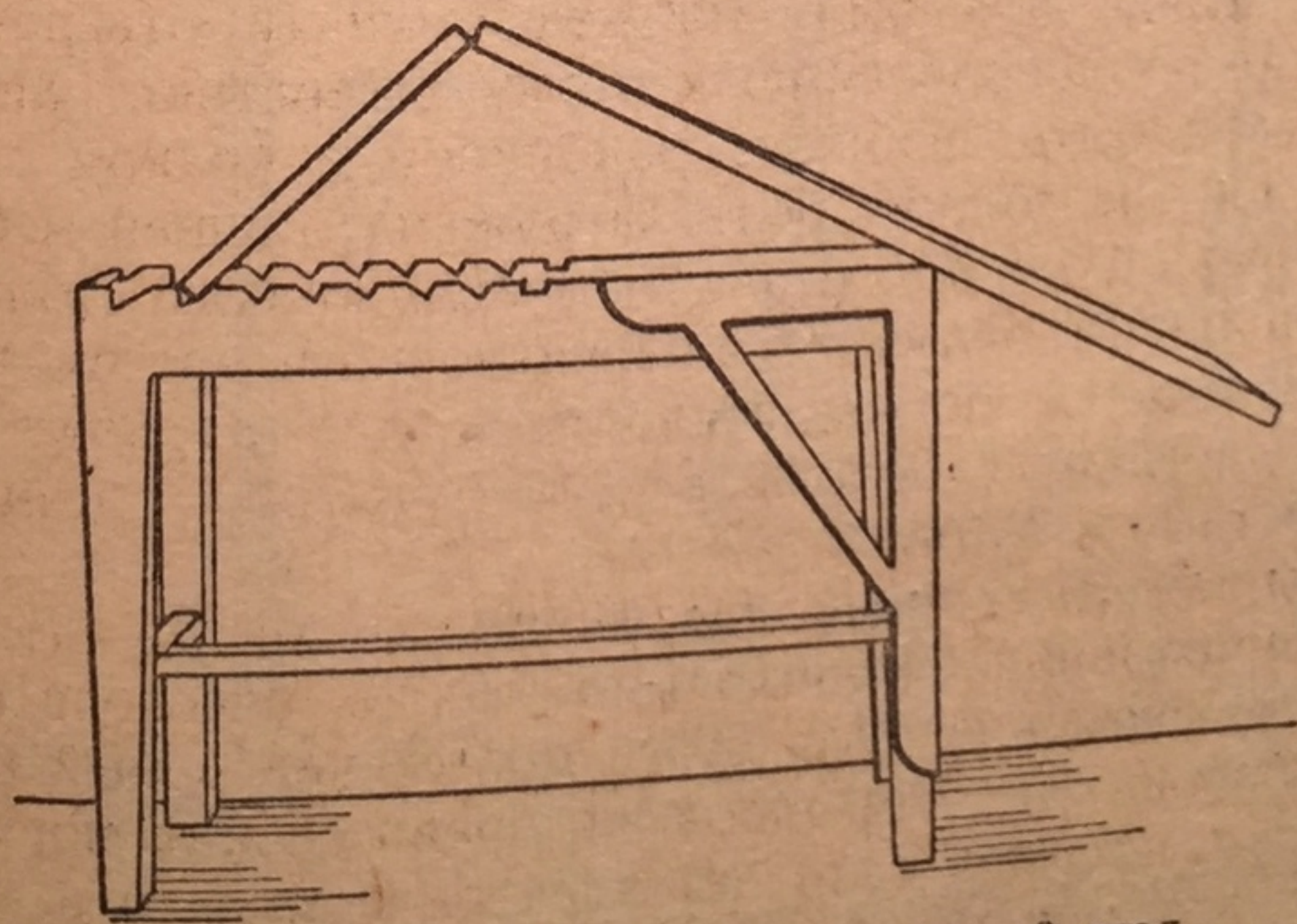


Рис. 140. Деревянный операционный стол.

для влагалищных операций, убрав те части, которые удерживают ноги при чревосечении. Для поддержания ног в согнутом положении при чревосечении. Для поддержания ног в согнутом положении при чревосечении. Для поддержания ног в согнутом положении при чревосечении.



вянные столы много дешевле, их можно чисто содержать, и они вполне удобны для операций. Очень удобным представляется стол, модель которого изображена на рис. 140; он может служить для всевозможных операций (в том числе и влагалищных) и для чревосечений. Очень простое приспособление позволяет переместить доску и придать ей наклонное положение для тренделенбурговской позиции.

Для того, чтобы больная во время тренделенбурговского положения не сползала, необходимо двумя полотенцами привязать ее к подвижной рамке; для этого под поперечную перекладину рамки продевают два полотенца так, чтобы ими можно было привязать обе ноги.

### Гинекологический инструментарий

Гинекологический инструментарий можно разделить на две группы: 1) инструменты для исследования полового аппарата и получения более широкого доступа к оперируемому участку

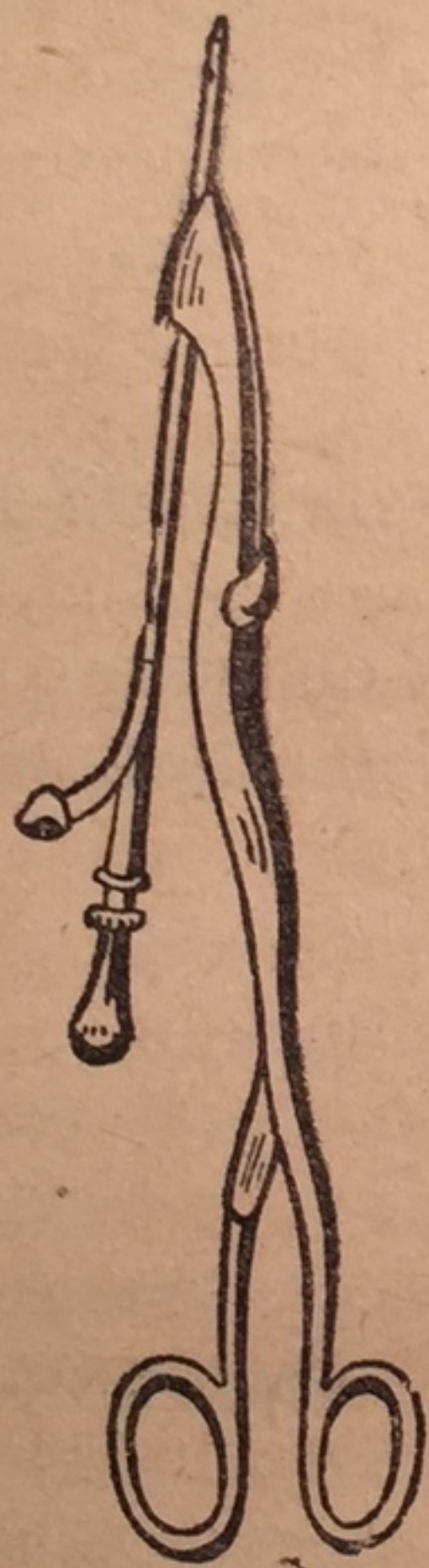


Рис. 141. Тро-  
акар со щип-  
цами-дилато-  
ром

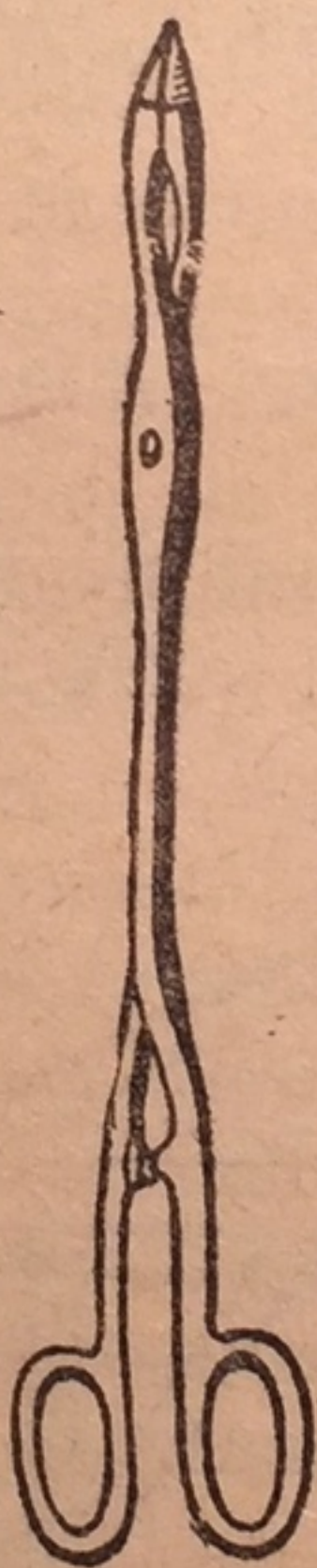


Рис. 142.  
[Остроконеч-  
ный корн-  
цанг Отта.

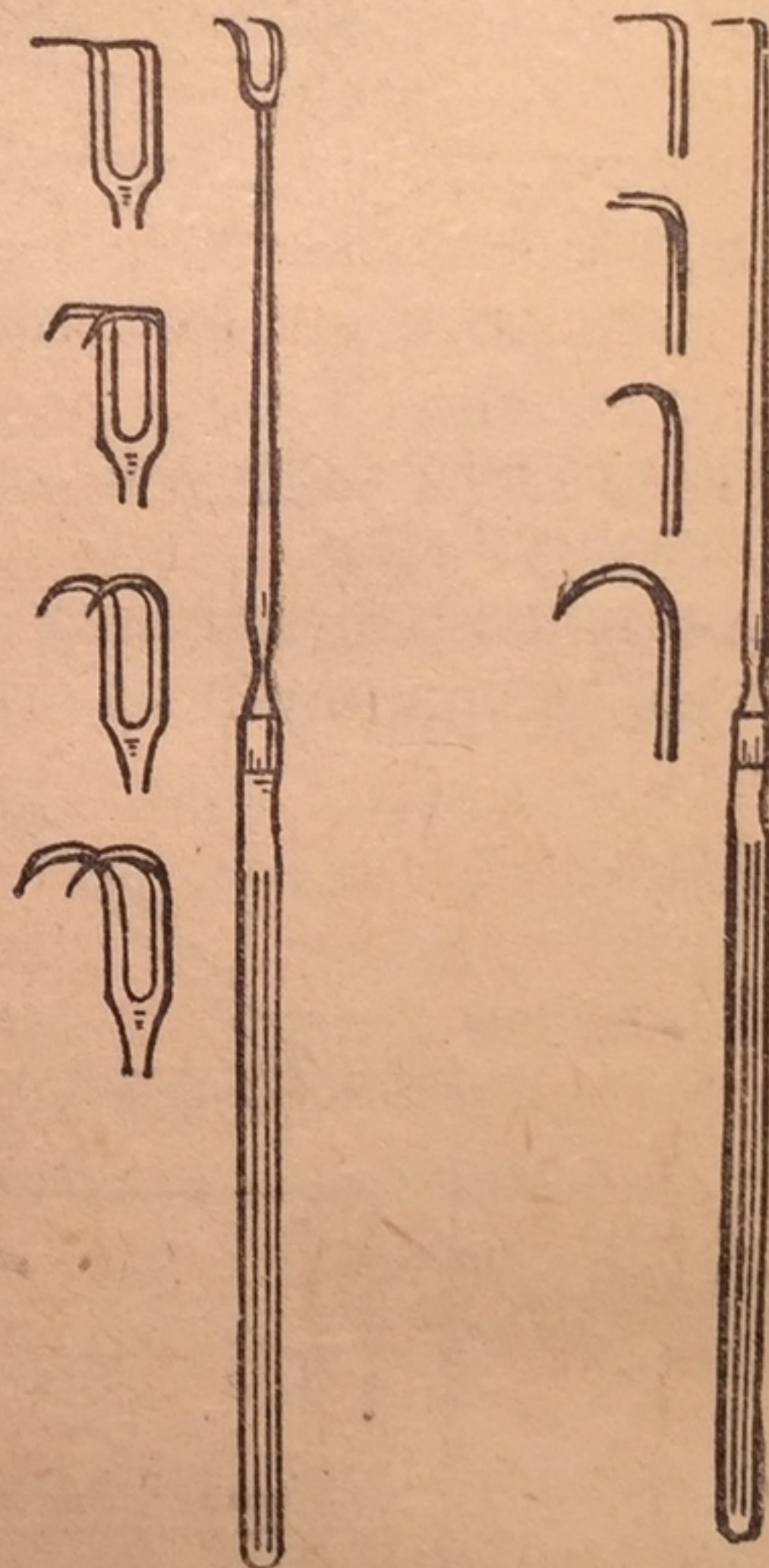


Рис. 143. Крючки для  
фистул.

и 2) инструменты для гинекологических операций, которые в свою очередь в зависимости от назначения разделяются на инструменты для влагалищных операций и для чревосечения через брюшную стенку.

В отделе «Инструментальное исследование» подробно были описаны инструменты, применяемые при гинекологическом исследо-



вании и для обнажения операционного поля при влагалищных операциях: *ложкообразные зеркала* различных типов и различного рода *подъемники*.

Вскрытие и опорожнение тазовых абсцессов через влагалище производятся различными троакарами: более удобным является *троакар* совместно со *щипцами-дилатором* (рис. 141), представляющий собой иглу для пункции и имеющий приспособление для соединения с аспиратором или с обыкновенным шприцем; для этой же цели можно пользоваться *остроконечным корнцангом* Отта (рис. 142).

При операциях по поводу пузырно-влагалищных свищей пользуются специальными *крючками* для обнажения свищей (рис. 143) *ножницами*, изогнутыми по плоскости и ребру (рис. 144), и *копьевидными скальпелями*.

При чревосечениях для раздвигания краев раны применяют *брюшное зеркало* с седлообразной ложкой (рис. 145), которое вводится в нижний угол раны и располагается в поперечном направлении над симфизом, так что боковые края его раздвигают и оттягивают в сторону края прямых мышц; для расширения краев раны в сторону применяются *крючки* (рис. 146) и *расширители* с тупой вилкой (рис. 147). Для расширения брюшной раны удобны *ранорасширители* (рис. 148), состоящие из пластинок, прикрепленных к концам браншей (ветви); они удерживаются сами собой с помощью *кремальеры* (замка), когда бранши раздвинуты.

Для оттягивания и фиксирования матки при влагалищных и брюшно-тазовых операциях применяются описанные выше *пулевые щипцы* (рис. 46 и 47); *яичники* и *мешотчатые опухоли* захватываются *окончатыми овариальными щипцами* (рис. 149 и 150). Плотные *фибромиомы* фиксируются *штопорами* (рис. 151). Штопоры ввинчиваются в толщу опухоли, дают возможность прочно ее фиксировать и производить сильное натяжение.

В тех случаях, когда при операциях приходится останавливать кровотечение на большом протяжении или же когда необходимо

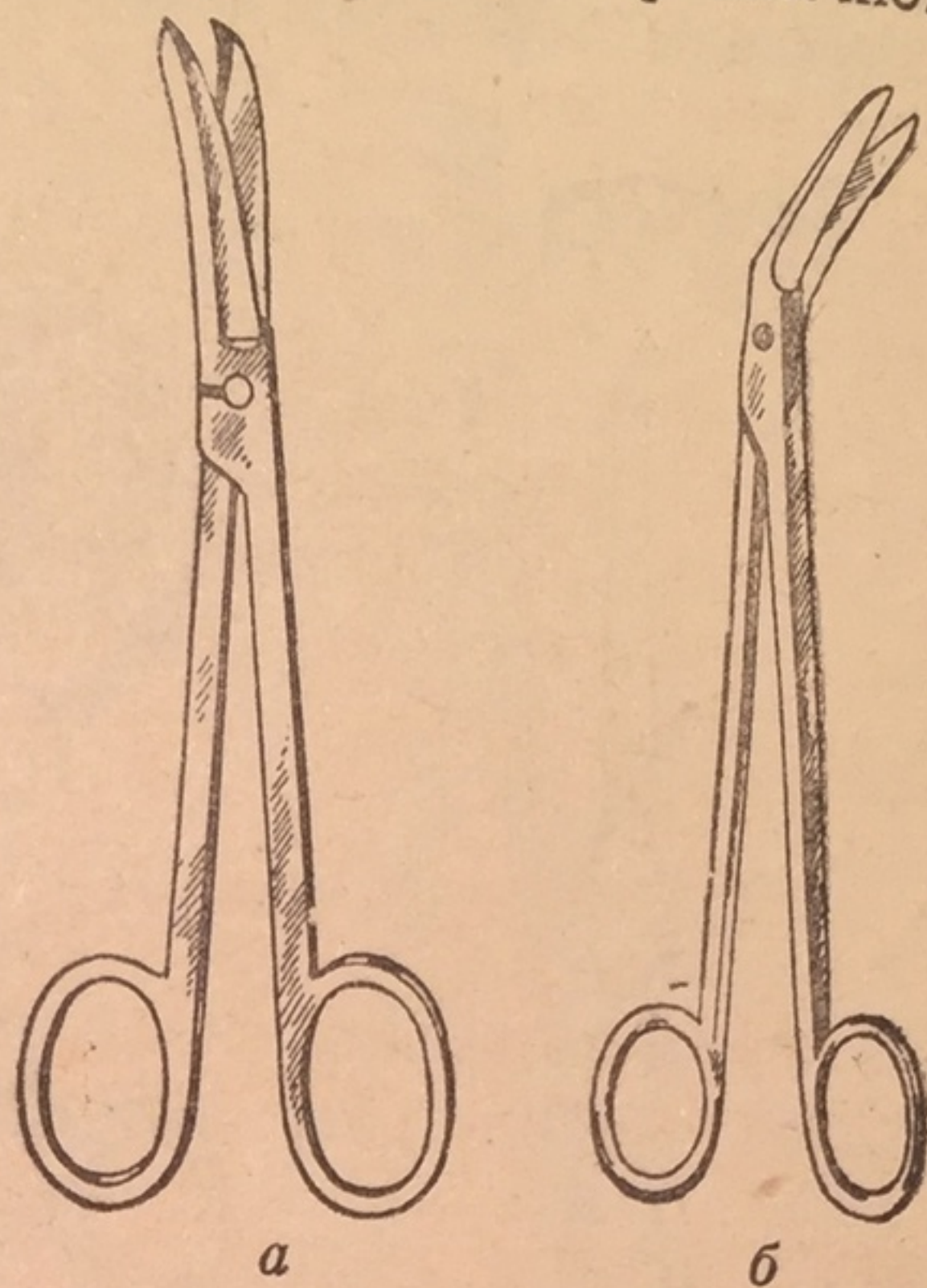


Рис. 144. Ножницы.

а — изогнутые по плоскости; б — изогнутые по ребру.

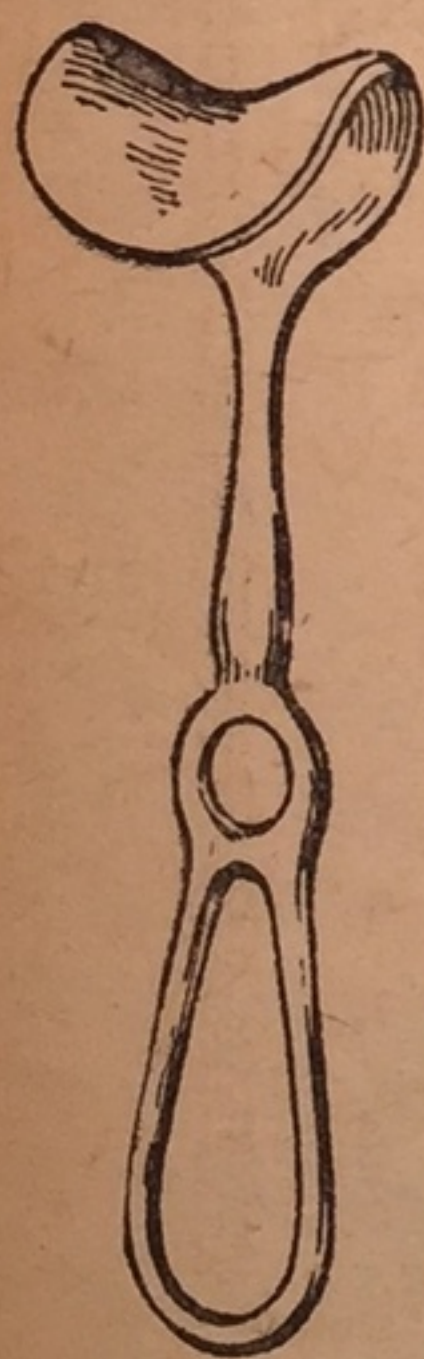


Рис. 145. Брюшное зеркало.

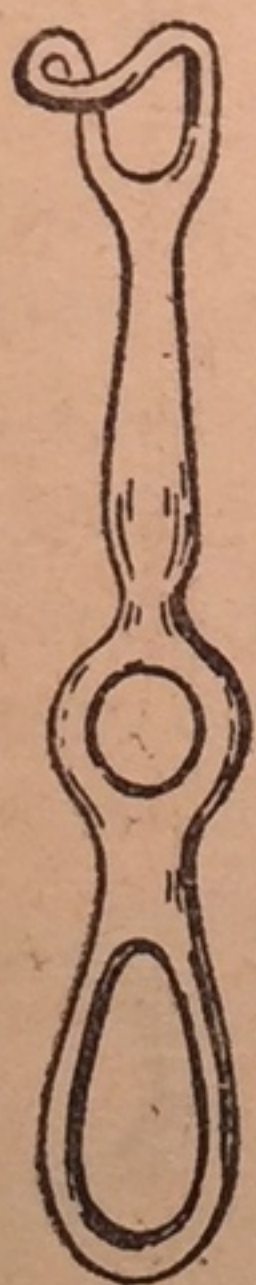


Рис. 146. Брюшной крючок.

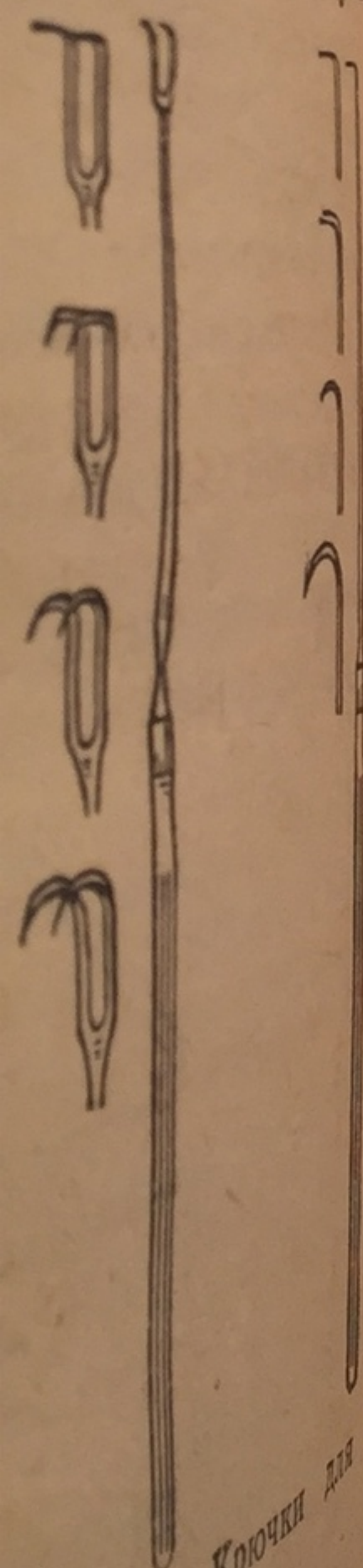


Рис. 143. Крючки для фистул.

х операций, которые в свою очередь разделяются на инструменты для чревосечения через брюшную стенку и инструменты для чревосечения через влагалище.



зажимание больших поверхностей, употребляются различные по длине зажимы (рис. 152), которые должны быть очень эластичными и снабжены глубокими выемками, чтобы не соскальзывать.

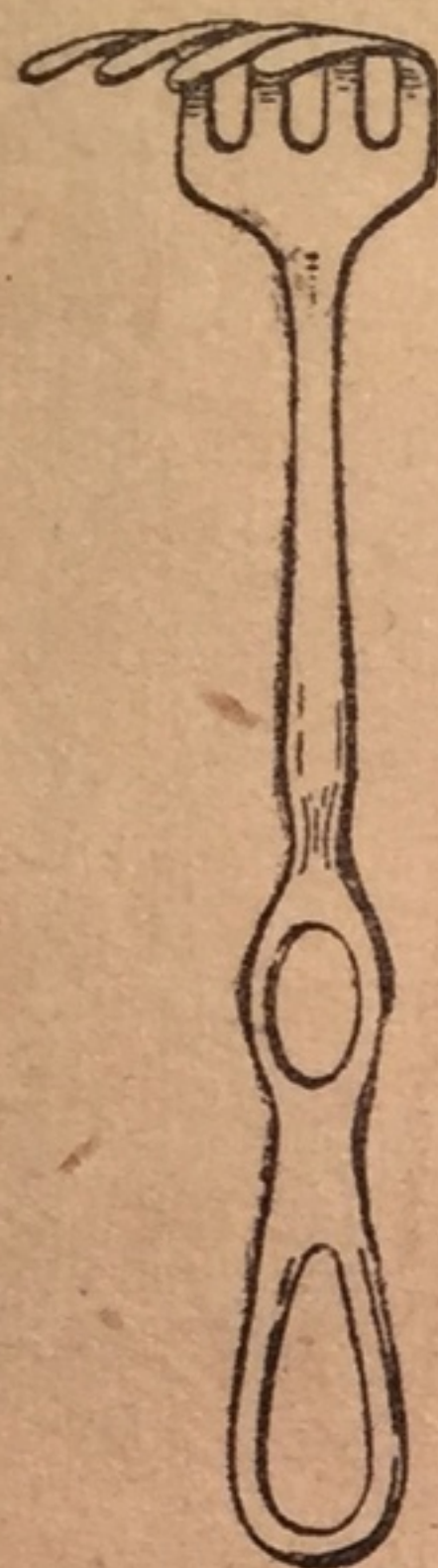


Рис. 147. Крючок с тупой вилкой.

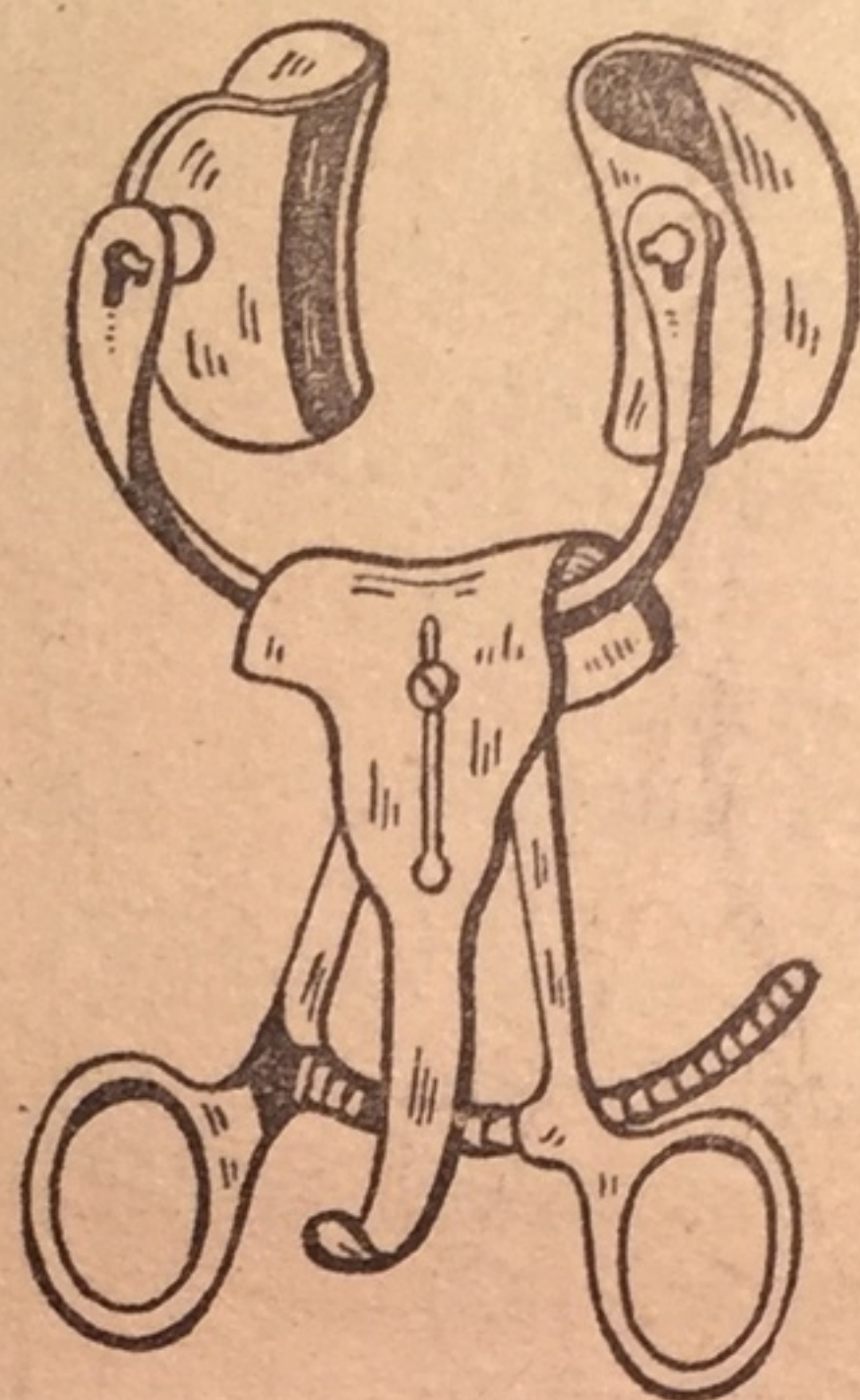


Рис. 148. Ранорасширитель трехстворчатый.

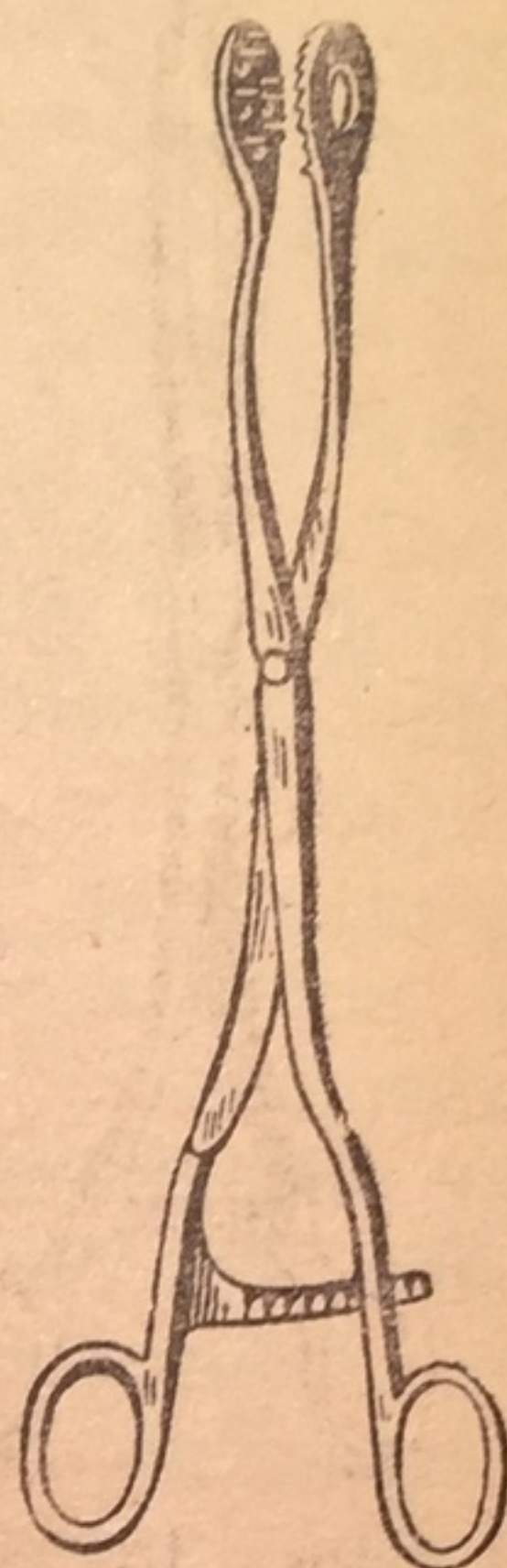


Рис. 149. Окончатые щипцы с зубцами.

Имеется очень много моделей иглодержателей (рис. 153), но наиболее употребительным из них является *иглодержатель*, рас-

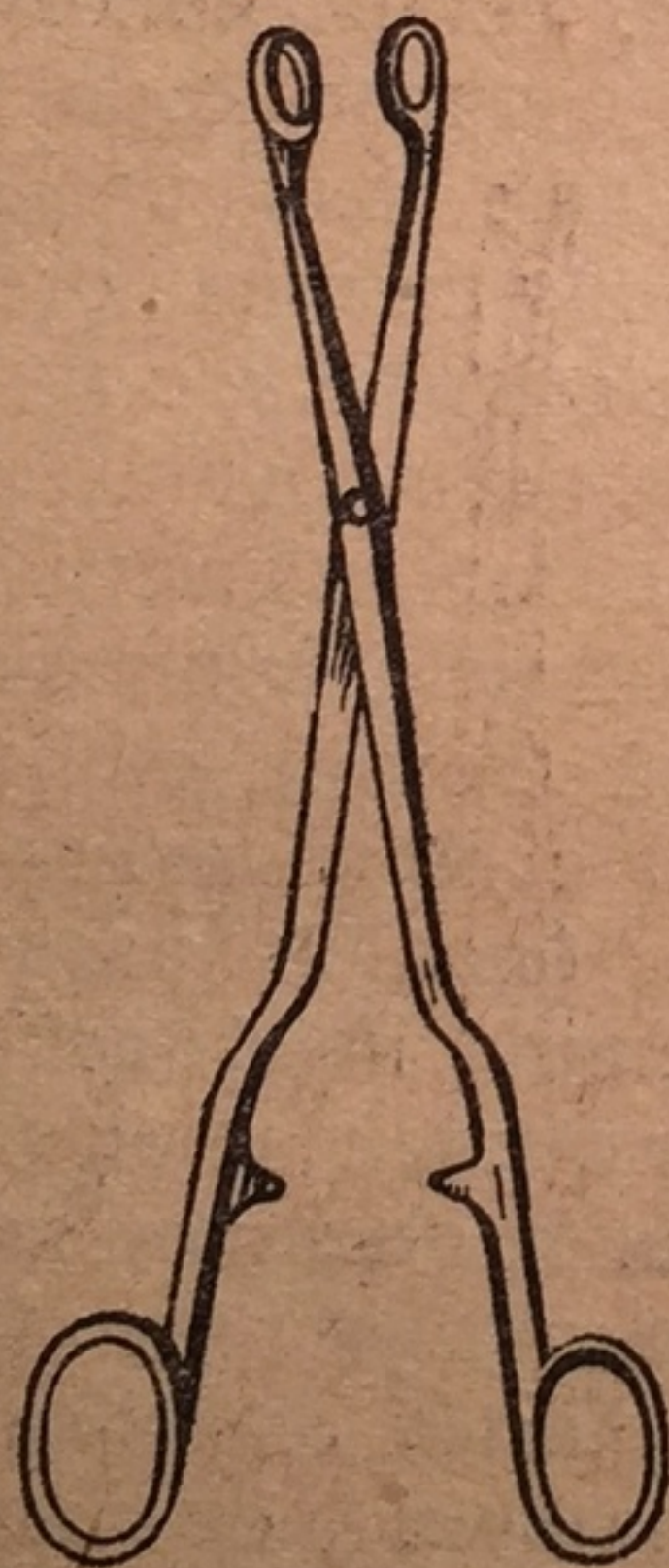


Рис. 150. Щипцы окончатые.

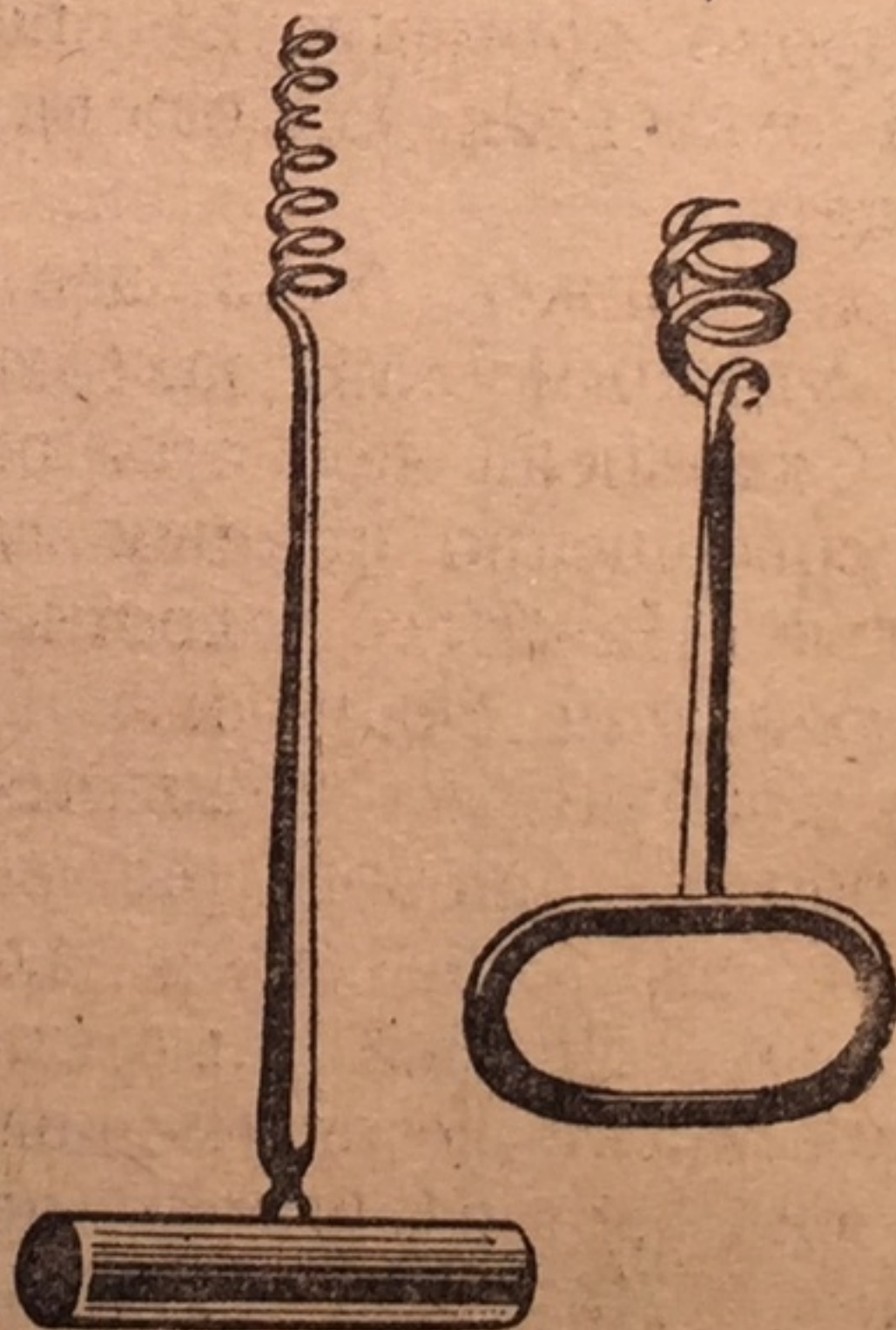


Рис. 151. Штопоры.

стегивающийся автоматически. Преимущество последнего заключается в том, что он совершенно не ломает игл, позволяя пользоваться простыми хирургическими иглами различной толщины. При

операции на  
толстые иглы



Рис.

чительны то  
ткани. Для  
Кроме ст  
рациях шир  
рий. Сюда  
ницы, пинце  
Скальпел  
острым и  
пальцами.  
нечные, с  
и брюшн  
няются бр  
скальпеля  
дони, осто  
вием; если  
то нож туп  
как бы при  
нужно оче  
надавливат  
ления ост  
в следующ  
его верти  
кают его  
После н  
ножницы;  
плоскости,



операции на плотных тканях (маточной шейке) применяются более толстые иглы, иначе они ломаются; в остальных случаях предпо-

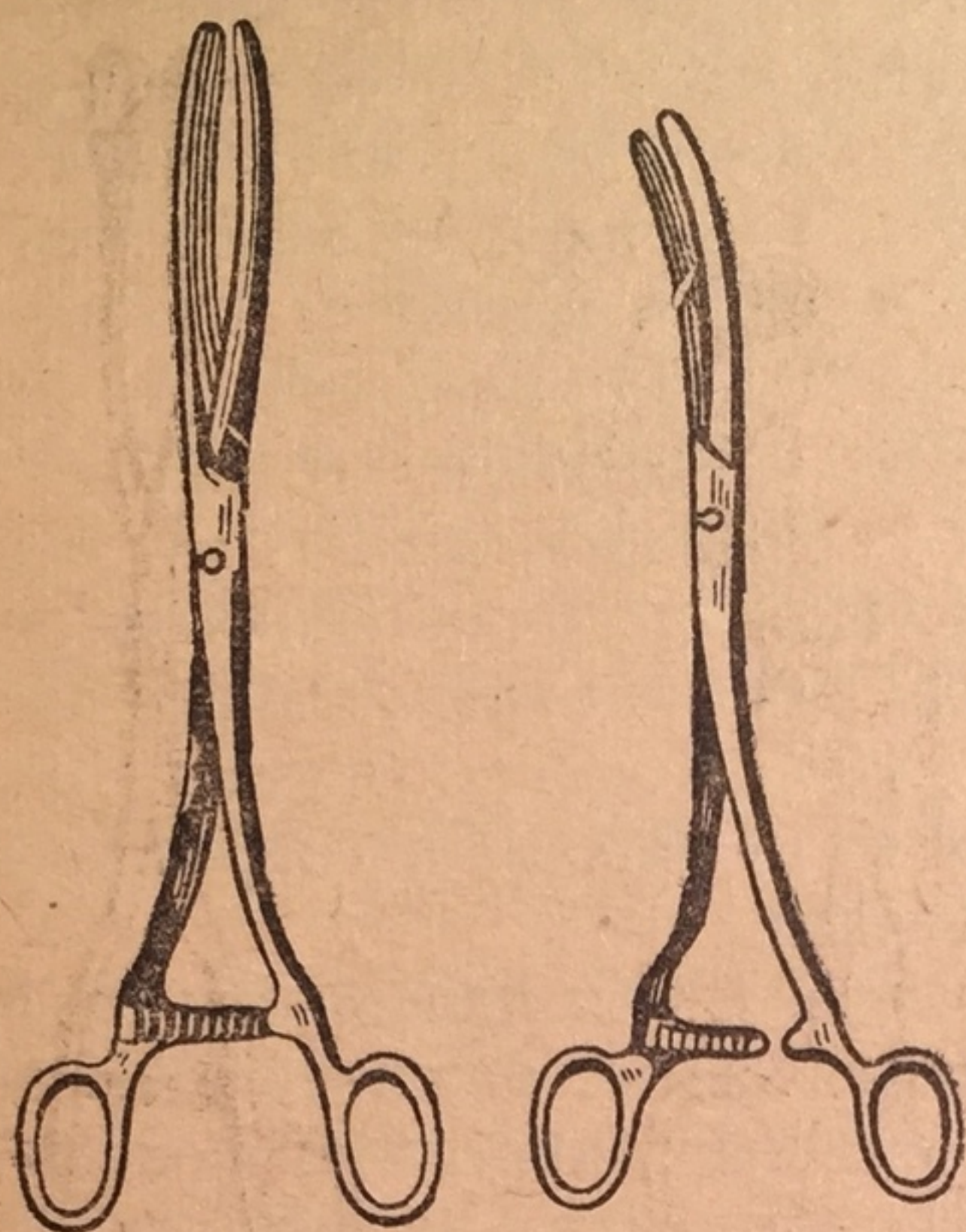


Рис. 152. Зажимы кишечные.

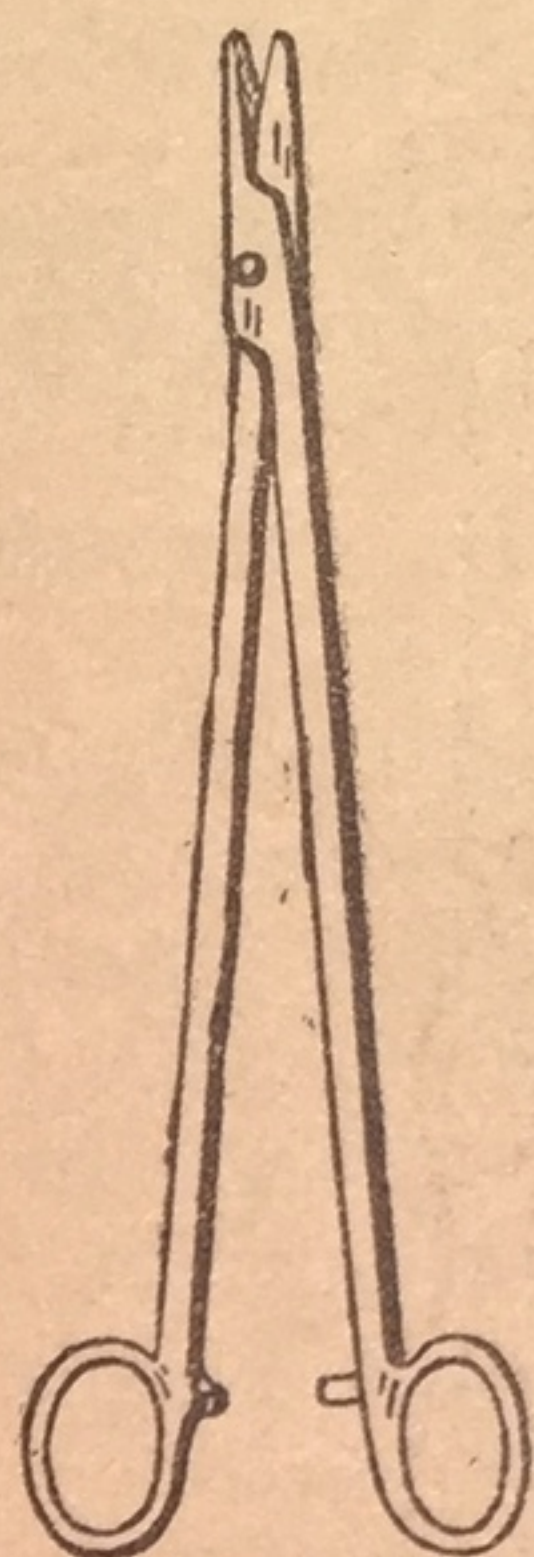


Рис. 153. Иглодержатель.

чительны тонкие иглы, потому что они меньше травмируют и режут ткани. Для кишечных швов необходимо применять круглые иглы.

Кроме специальных инструментов, при гинекологических операциях широко применяется общий хирургический инструментарий. Сюда относятся скальпели, ножницы, пинцеты.

Скальпель должен быть достаточно острым и удобным для захватывания пальцами. Скальпели делаются остроконечные, с совершенно прямым лезвием, и брюшистые. Наиболее широко применяются *брюшистые* скальпели. Остроту скальпеля пробуют на эпидермисе ладони, осторожно проводя по нем лезвием; если оно при этом скользит, то нож тупой. Острый нож при этом как бы прилипает лезвием — вести его нужно очень осторожно и вовсе не надавливать. Другой способ определения остроты ножа заключается в следующем: берут волос, держат его вертикально и ножом пересекают его горизонтально; острый нож должен перерезать волос.

После ножа самым употребительным инструментом являются ножницы; наиболее пригодными являются простые, изогнутые по плоскости, с тупыми концами (рис. 154) и изогнутые по ребру

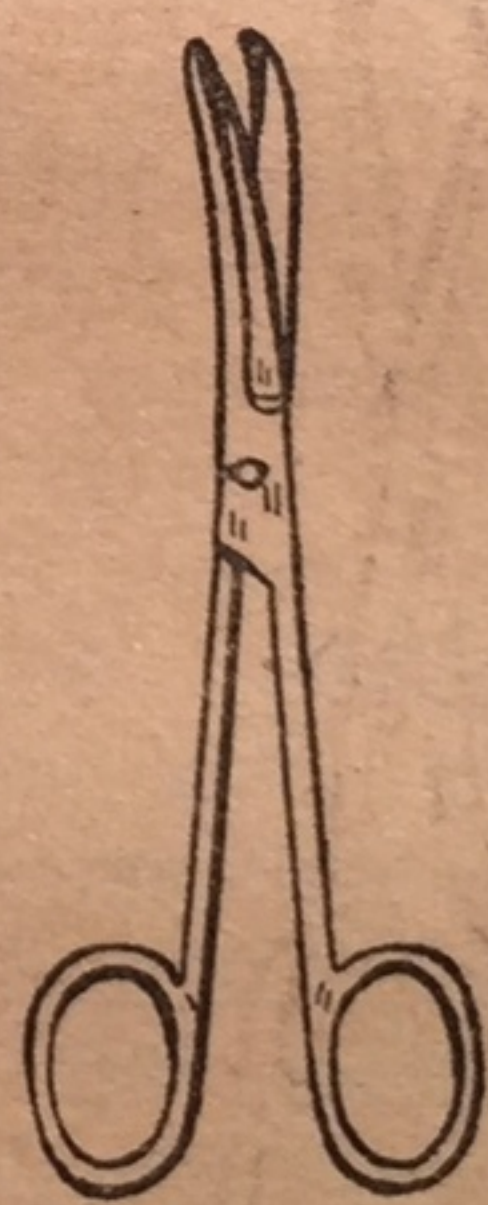


Рис. 154. Ножницы, изогнутые по плоскости.



Рис. 155. Ножницы, изогнутые по ребру.



(рис. 155) ножницы. От хороших ножниц требуется, чтобы они хорошо резали, в особенности концы их. Остроту ножниц пробуют на мокрой папиросной бумаге. Остроконечные ножницы применяются для проколов при вскрытии глубоких абсцессов и скоплений через свод влагалища. Прямые ножницы применяются для резания марли и ниток.

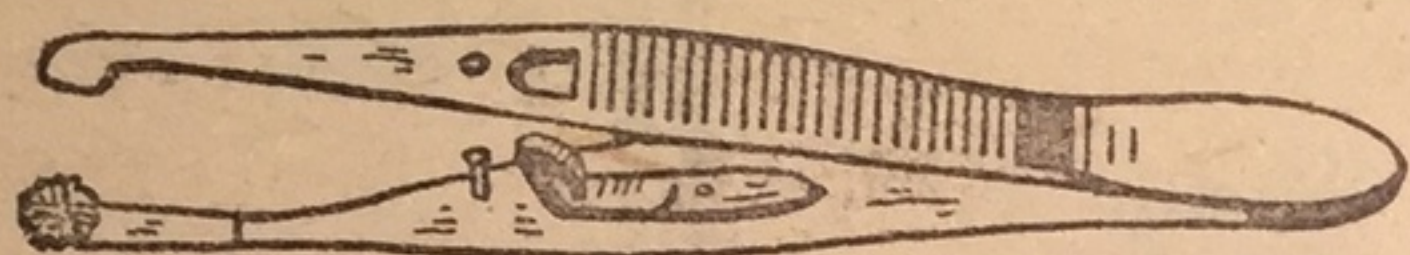


Рис. 156. Лапчатый пинцет.

При влагалищных операциях применяют главным образом длинные, до 20 см, анатомические и хирургические пинцеты. При брюшностеночных операциях применяют обычной длины пинцеты — хирургические с зубчиками, анатомические и лапчатые (рис. 156). Хороший пинцет должен быть «мягок», пружины его должны быть слабые и сопротивление при сжатии не должно чувствоваться.

С целью остановки кровотечения и для наложения лигатуры на кровоточащие сосуды применяются самые различные кровоостанавливающие зажимы, которые должны захватывать сосуды по возможности изолированно. Наиболее часто применяемый зажим *зубчатый*, имеющий острые концы с заходящими один в другой зубцами, дает возможность захватывать сосуды отдельно (рис. 157). В тех случаях, когда нужно захватить мелкие кровоточащие сосуды не изолированно, а вместе с окружающей тканью, применяются зажимы с *овальными губками* (рис. 158).

Стерилизация инструментов производится обычно кипячением. Кипятить можно в любой чистой посуде; чаще всего пользуются прибором, известным под названием *стерилизатора*, состоящим из никелированного ящика с крышкой и особых лотков с дырочками, на которые кладутся инструменты. Лоток вынимается проволочными крючками. Инструменты следует кипятить в воде с прибавлением соды (чтобы получился 1% раствор соды) в течение 15 минут.

Чтобы инструменты не портились, не следует опускать их в холодную воду, а необходимо выждать, пока вода закипит, и тогда опустить в воду; вынимают их тотчас по окончании кипячения. Оставлять инструменты в жидкости, пока она не остынет, нельзя во избежание ржавчины.

Режущие инструменты, как то: скальпели и ножницы, — обычно не кипятят, так как они от кипячения тупятся, а замки быстро

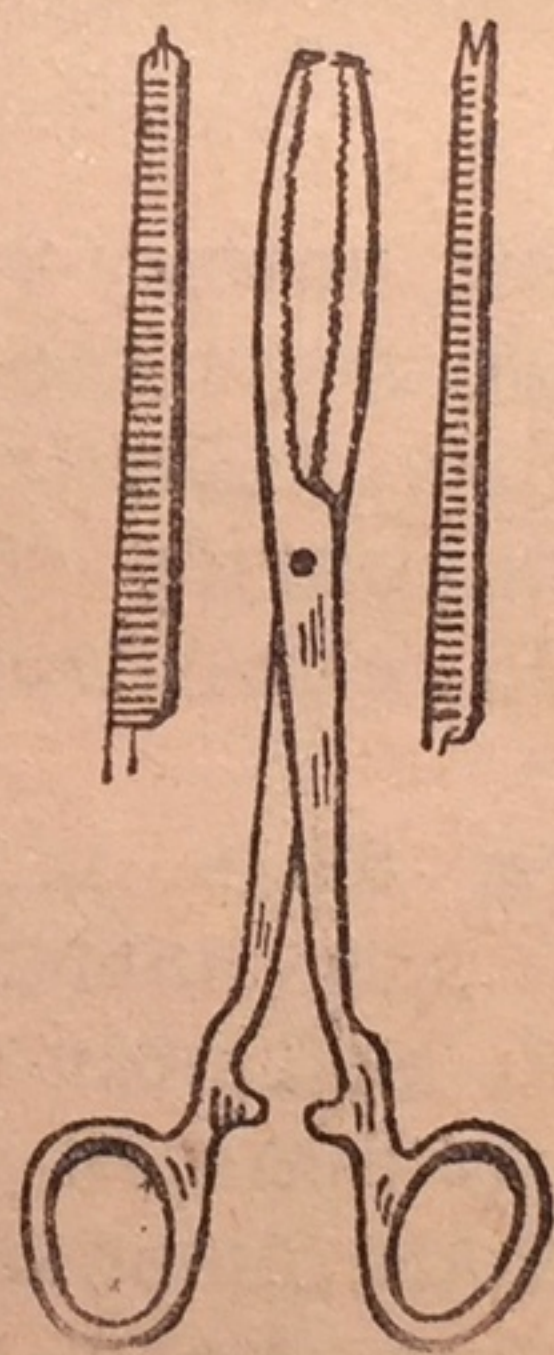


Рис. 157. Зажим кровоостанавливающий с зубцами.

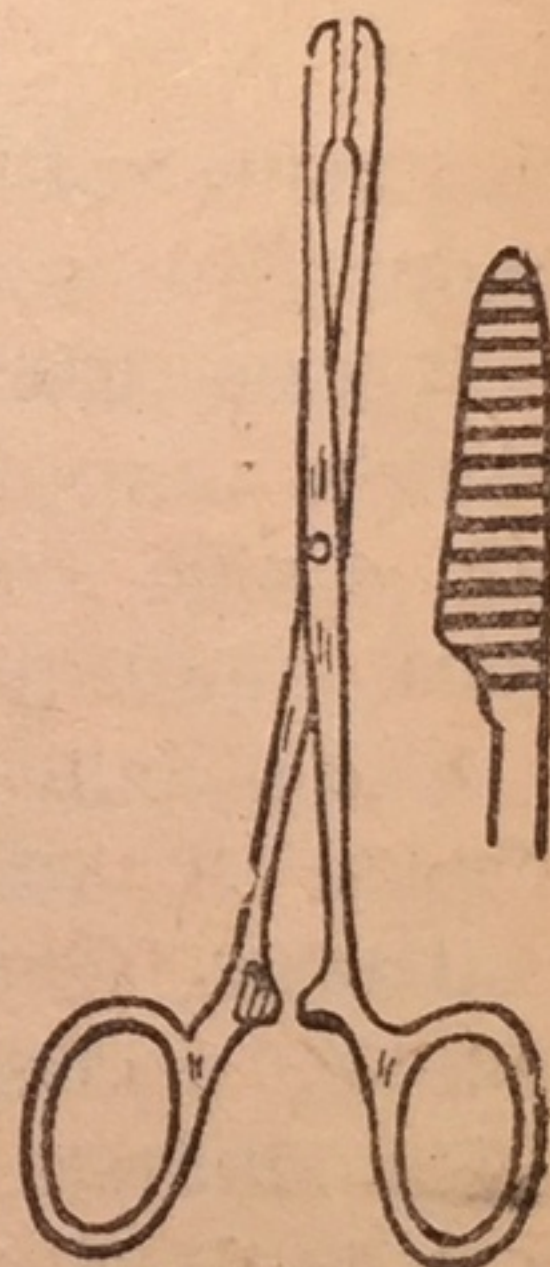


Рис. 158. Зажим с овальными губками.



портятся. Обеззараживание скальпелей и ножниц производится путем протирания 96° спиртом, и хранятся они в ванночке, куда также налит спирт. В случае желанья прокипятить режущие инструменты, необходимо каждый нож отдельно завернуть в марлю и уже затем опускать в кипящую воду.

По окончании операции инструменты должны быть тщательно вымыты щеткой с мылом, вытерты сухим полотенцем и, если возможно, высушены в сушильном шкафу для удаления остатков влаги (в целях предупреждения ржавчины). Хранят инструменты в стеклянном шкафу, где их раскладывают таким образом, чтобы они по возможности не касались один другого.

Периодически инструменты чистят мелом. Если инструменты редко употребляют, то лучше их смазывать вазелином, чтобы они не ржавели.

Швы в гинекологии применяются узловые и непрерывные. Узловые швы наиболее удобны потому, что они в случае надобности могут быть сняты частично. Накладываются они следующим образом: каждая нитка проводится через оба края раны и завязывается отдельно двумя узлами; первый узел накладывается хирургический, а второй — простой. Для более быстрого наложения швов на кожу предложены скобки, которые при помощи особого пинцета накладываются так, что последовательно соединяются края раны.

Непрерывный шов чаще всего накладывается в виде *скорняжного шва* (рис. 159): конец нитки закрепляется узлом, длинным концом нитки шьют край, и в конце шва накладывается узел.

Успех самой операции и послеоперационного течения в значительной мере зависит от сознательности и подготовленности как помощников, участвующих при операции, так и всего ухаживающего персонала. Ухаживающий персонал должен быть хорошо знаком со всеми моментами ухода.

На подготовку младшего персонала должно быть обращено самое серьезное внимание. Особенно важно, чтобы младший персонал, работающий в операционных, был знаком с асептикой и антисептикой, умел обращаться с инструментами и инвентарем, находящимся в операционной, а также с аппаратами, служащими для стерилизации.

От сестры, работающей в гинекологическом отделении, требуются не только знания по уходу за послеоперационными больными, но и умение быть помощницей при операции в качестве

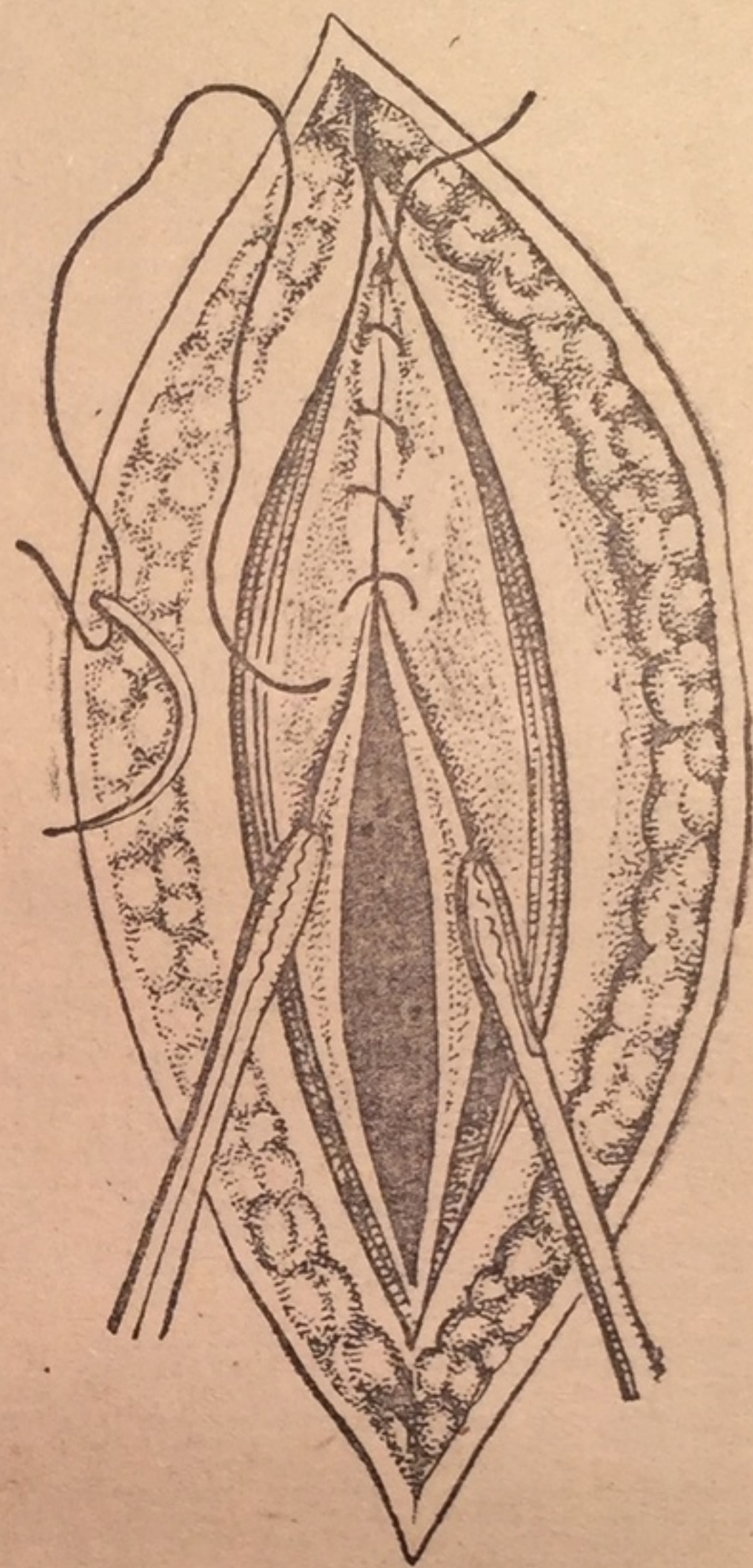


Рис. 159. Скорняжный шов.



операционной сестры или в качестве наркотизатора, или, наконец, в качестве помощницы хирурга, производящего операцию. Сестра должна уметь заранее приготовить все инструменты, которые потребуются для той или другой операции, помня, что лучше приготовить несколько инструментов лишних, чтобы во время хода самой операции не пришлось готовить тот или другой забытый инструмент. Во время операции сестра должна следить за ходом всей работы, для того чтобы во-время подать необходимый инструмент. Участвуя в операции в качестве помощницы, сестра удерживает нужные инструменты (влагалищные зеркала, крючки, растягивающие рану, брюшные зеркала и т. д.) в том положении, в каком их установил хирург, так как малейшее смещение затемняет операционное поле и не дает возможности свободно работать в глубине. Помощник должен стремиться принять наиболее удобное положение, стараясь на что-нибудь облокотиться. Так, если помощнику придется держать кровоостанавливающий зажим, наложенный на легко рвущиеся ткани или небольшие кровеносные сосуды, то он легко может последние оборвать, если его рука не будет иметь опоры.

При влагалищных операциях хирург сидит на стуле перед больной, лежащей на столе с раздвинутыми ногами, а помощники располагаются по обе стороны больной. Один из помощников держит влагалищное зеркало, другой помогает оператору в его работе. Инструменты располагаются с правой стороны оператора на низком столике, для того чтобы оператор мог сам их брать.

При операциях чревосечения оператору рекомендуется стоять слева; правая рука при этом располагается несколько ниже, а следовательно, и ближе к столику с инструментами, стоящему у головного конца операционного стола. Таким образом избегаются лишние движения при взятии и откладывании инструментов.

Помощники при этом располагаются следующим образом: первый помощник занимает место против оператора, по другую сторону от больной; наилучшее место для второго — у ножного конца операционного стола, где он никому не мешает и может пользоваться обеими руками для держания раневых крючков, зеркал и т. п. Так как при тренделенбурговском положении больной ножной конец операционного стола находится высоко, то второй помощник стоит на скамейке.

### Подготовка больной к операции

Подготовка больных, которым предстоят хирургические операции, должна производиться заранее. Нужно прежде всего воздействовать на психику больных в смысле устранения у них страха перед операцией, мыслей о плохом исходе операции и других навязчивых представлений. Нужно постараться убедить больную в благоприятном исходе операции, в том, что операция будет протекать безболезненно, что после операции будут приняты соответствующие



щие меры, чтобы послеоперационный период протекал также безболезненно и без осложнений. Для этого нужно рассказать о находящихся в отделении больных, выздоравливающих после аналогичных операций.

Нужно разъяснить больной, готовящейся к операции, смысл таких мероприятий, как фиксация рук и ног, рассказать, что это делается не для того, чтобы больная не могла сопротивляться наносимым болевым ощущениям, а чтобы больная не могла руками случайно запачкать стерильное белье и область операционного поля.

Нужно рассказать, как будет осуществляться наркоз, как и зачем будет надеваться на лицо маска для наркоза. Некоторые больные боятся, что они могут задохнуться или не проснуться после наркоза. Все эти так называемые отрицательные эмоции нужно стремиться устранить путем соответствующих разъяснений.

Перед каждой гинекологической операцией необходимо, кроме того, провести специальную подготовку больной. Прежде всего следует позаботиться об общей чистоте всего тела, для чего накануне операции больной назначается общая мыльная ванна, после которой надевается чистое белье. В случае невозможности по состоянию здоровья применить ванну, больная может быть обмыта на специальном щите, имеющем отверстия для стока воды, который кладется на ванну. В крайнем случае можно ограничиться вытиранием тела водой пополам со спиртом. Если женщина сильно истощена, обескровлена или ослаблена после инфекционной болезни, то до операции надо обратить внимание на улучшение ее общего состояния (содержание в постели, хорошая пища, богатая белками и витаминами, переливание крови).

Кишечник больной должен быть подготовлен к операции. Для этого накануне операции больной назначается легкая пища, состоящая из бульона с сухарями и киселя, а вечером — чашка сладкого чая с сухарем. Некоторые рекомендуют давать сладкий чай и утром в день операции, однако не позже чем за 2 часа до операции. Кроме того, накануне операции назначается слабительное (английская горькая соль 30,0), а в день операции утром, не позже чем за 3 часа до операции, — мыльная клизма. Если приходится оперировать на кишках или на промежности (при пластических операциях), особенно при разрыве промежности третьей степени, то очищение кишечника начинается за два дня до операции; больную переводят на легкую пищу, назначают слабительное и клизму.

Наступление менструации, как правило, не служит препятствием для производства гинекологических операций. При влагалищных операциях, для того чтобы избежать постоянного смачивания операционной раны менструальной кровью, лучше оперировать после окончания менструации.

Перед операцией чревосечения больная накануне получает общую ванну, а в день операции волосы с передней брюшной стенки, лобка и половых губ повторно сбриваются. Для предохранения кожи живота от загрязнения некоторые хирурги рекомендуют







димые клинические анализы (рентгеноскопия грудной клетки, исследование кровяного давления, крови, мочи, кала).

Рекомендуется применять в этом периоде тонизирующие сердечно-сосудистую систему средства — инъекции 1,0 1% раствора стрихнина под кожу (ежедневно) и обильное питье для дезинтоксикации организма, если нет к тому противопоказаний (сердечные заболевания, гипертония), у ослабленных больных добавляется введение 40% раствора глюкозы (внутривенно 20,0), при анемии — переливание крови. При наличии хронической инфекции профилактически рекомендуется пенициллинотерапия.

Накануне операции — общая ванна, голодание со второй половины дня, вечером клизма (некоторые дают слабительное). Утром, в день операции (не позднее чем за 2 часа до операции) — повторная клизма.

Перед операцией опорожняют мочевой пузырь при помощи катетера, влагалище протирают ватным шариком, обильно смоченным спиртом, шейку матки смазывают йодной настойкой (некоторые применяют дубящие растворы — крепкий раствор марганцовокислого калия или 10—20% раствор азотнокислого серебра). Затем влагалище вытирается сухим шариком и вводится сухой тампон, который извлекается во время операции, перед отсечением матки.

Некоторые хирурги перед операцией выжигают раковую опухоль на шейке матки термокаутером или производят электрокоагуляцию.

### Обезболивание

С целью обезболивания (анестезии) при операциях применяются общий ингаляционный наркоз и местная анестезия. Довольно широко применяется спинномозговое обезболивание путем введения в спинномозговой канал парализующих чувствительность растворов (новокаин, совкаин); это так называемая *спинномозговая анестезия*.

При применении местной и спинномозговой анестезии сознание больных сохраняется, что является минусом указанных методов, так как только те больные, которые обладают большой выдержкой, хорошо переносят операцию под спинномозговой анестезией. Каждый способ анестезии, как местной, так и общей, требует навыка и возможно большего опыта.

### Общий наркоз

Наиболее часто применяется общий ингаляционный наркоз, при котором больной предоставляют дышать парами наркотических веществ: эфира, хлороформа и хлорэтила.

Эфир — прозрачная жидкость с характерным запахом, очень быстро испаряющаяся и вызывающая при этом сильное охлаждение; легко воспламеняется, поэтому требуется осторожность с огнем. При стоянии в открытой банке и на свету быстро разлагается.



Нечистый эфир после испарения оставляет осадок, окрашивающий синюю лакмусовую бумажку в красный цвет.

Для определения годности эфира для наркоза применяют следующие пробы.

1. Синяя лакмусовая бумага от смачивания ее эфиром не должна краснеть и обесцвечиваться.

2. Кусок хорошей фильтровальной бумаги, сложенный наподобие компресса, смачивают эфиром; по улетучивании большей части последнего не должно оставаться неприятного постороннего запаха (сивушного масла).

Эфир обладает значительно меньшим токсическим действием, чем хлороформ.

Перед началом наркоза желательно заранее определить функциональное состояние сердца. Для этого пользуются пробой, состоящей в следующем: больного заставляют сделать глубокий вдох, после чего она задерживает дыхание. Здоровый человек с нормальным сердцем может свободно задержать дыхание на 20—30 секунд. Возможность задержки дыхания на 10—15 секунд считается плохим признаком, а ингаляционный наркоз в этом случае — противопоказанным.

За 20—30 минут до наркоза для успокоения больной и лучшего усыпления следует впрыснуть 0,01 морфина или пантопона, а также дать 0,001 атропина, чтобы уменьшить секреторную деятельность слизистых оболочек дыхательных путей. Рекомендуют перед общим наркозом давать больным веронал по 0,3 как хорошо действующий на сердце и облегчающий усыпление. В операционную больная доставляется на каталке.

При эфирном наркозе удобна маска большого размера с клеенчатой крышкой для уменьшения испарения эфира. Употребляется маска таким образом: внутрь ее на комок ваты по мере надобности вливается сразу по нескольку граммов эфира из пузырька. Теперь с успехом применяют для эфирного наркоза маску Садовенко (рис. 161), к достоинствам которой нужно отнести то, что при ее применении больные скорее засыпают, меньше расходуется эфира, в послеоперационном периоде наблюдается меньше осложнений со стороны дыхательных путей. Кроме того, при применении этой маски количество наркотического вещества, поступающего в дыхательные пути больной, регулируется автоматическим краном, вследствие чего применение ее может быть поручено и менее опытному наркотизатору при условии, что оператор сам будет следить за тем, насколько кран должен быть открыт.

Пользуются маской следующим образом. Перед операцией нужно удостовериться в целостности пузыря и ввинтить его в трубку. Затем переводят регулятором стрелку на нуль, открывают верхнюю крышку, вливают туда 50 мл эфира и закрывают шар герметической пробкой. Медленно наклоняют маску во все стороны, чтобы войлок, находящийся внутри, хорошо пропитался эфиром.

Приступая к наркозу, рекомендуют больной дышать в аппарат, а наркотизатор начинает медленно поднимать регулятором стрелку, начиная с 0 по деления, с тем, чтобы в течение 2 минут дойти до цифры 5 или 6, строго индивидуализируя каждый случай и ожидая полного наркоза, который насту-

в течение 3—5 минут.  
опустить, это значит, что  
стрелку с цифрой 6 нужно  
3 (для женщин). По  
За 5 минут до конца  
В последние годы  
аппараты, при помощи  
родом.

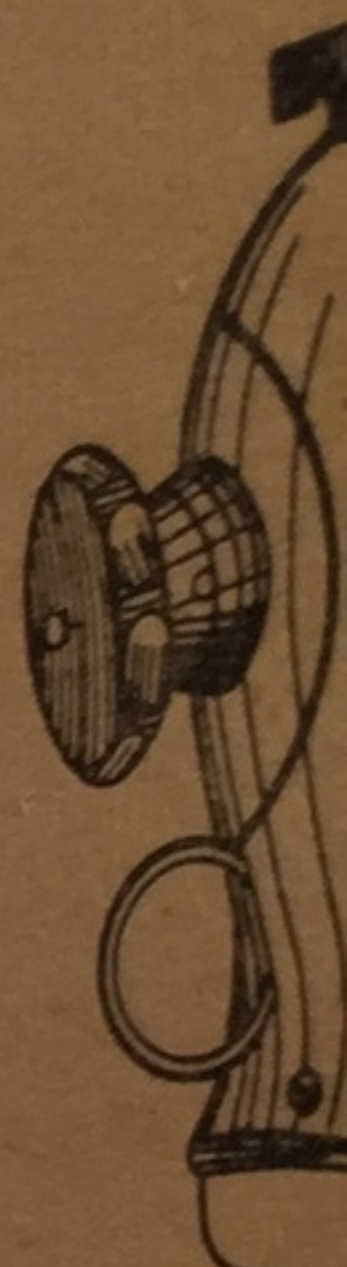


Рис. 161  
коза, со  
(с войло  
(50—100  
закрыва  
Клапан  
духа, по  
регулиру  
в дыхат  
наклад  
пузырь

Хлороформ — п  
ленно испаряется,  
кислоту. Посколь  
ядовитыми, необх  
тически закрытых  
а потому не след  
срока хранения.  
в том, что он чис

Для определени  
бами.  
1. В пробирку  
5% водного раство  
хлороформа чист, то  
хлороформа не окр  
1/49 А. И. С



пает в течение 3—5 минут. В случае, если наркоз не наступает, можно использовать и высшие цифры. Если во время подъема стрелки больная начинает кашлять, это значит, что эфира поступает больше, чем нужно. Тогда необходимо опустить стрелку на 1 деление ниже, выждать, пока больная откашляется, и снова стрелку поднять вверх. Как только полный наркоз получен, стрелку с цифры 6 нужно медленно опускать до цифры, равной приблизительно 3 (для женщин). Полного наркоза нужно добиться без признаков цианоза. За 5 минут до конца операции стрелку можно перевести на 0 или даже снять маску совсем.

В последние годы для наркоза изготавливаются специальные аппараты, при помощи которых эфир применяется в смеси с кислородом.

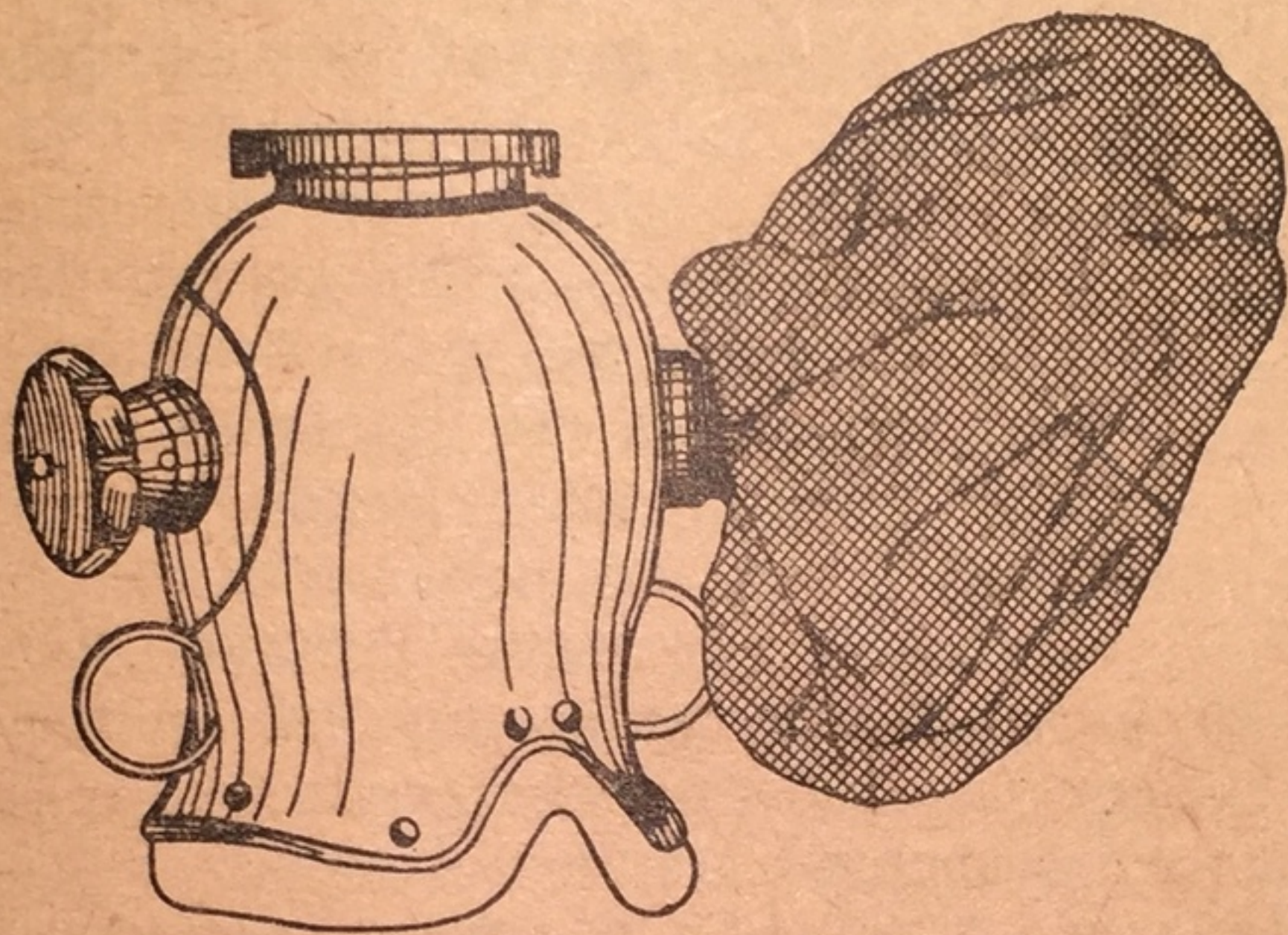


Рис. 161. Маска Садовенко для эфирного наркоза, состоящая из металлического футляра (с войлоком внутри), в который наливается эфир (50—100 мл) через верхнее отверстие, плотно закрывающееся навинчивающейся крышкой. Клапан слева служит для регулирования воздуха, поступающего извне, и в то же время для регулирования количества эфира, поступающего в дыхательные пути через рупор (маски), плотно накладываемый на нос и рот больной; справа — пузырь, служащий для контроля за глубиной и частотой дыхания больной.

**Хлороформ** — прозрачная жидкость со сладким запахом, медленно испаряется, разлагается на свету на фосген, хлор и соляную кислоту. Поскольку продукты распада хлороформа являются ядовитыми, необходимо сохранять его в темных банках, герметически закрытых. От длительного хранения хлороформ портится, а потому не следует применять хлороформ после шестимесячного срока хранения. Перед употреблением хлороформа надо убедиться в том, что он чист от посторонних примесей и не разложился.

Для определения годности хлороформа пользуются следующими пробами.

1. В пробирку с 1—2 мл хлороформа прибавляется такое же количество 5% водного раствора иодистого калия, и смесь слегка взбалтывается. Если хлороформ чист, то верхний слой иодистого калия не пожелтеет, а нижний слой хлороформа не окрасится в фиолетовый цвет.



2. Синяя лакмусовая бумага от смачивания ее хлороформом не должна краснеть или обесцвечиваться.

3. Кусок хорошей фильтровальной бумаги, сложенный наподобие компресса, смачивают хлороформом; по улетучивании большей части последнего остаток вдыхают ртом и носом. Чистый хлороформ сохраняет до конца свой характерный запах, причем бумажка после его испарения остается сухой, свободной от какого-либо запаха. Нечистый же хлороформ распространяет неприятный, отчасти удушливый, сивушный, отчасти раздражающий запах, иногда напоминающий запах яблочной эссенции.

4. Пузырек с хлороформом должен быть полным почти до горлышка.

Хлороформный наркоз является противопоказанным при болезни почек и печени, склерозе сосудов, при больном сердце и расширении аорты. Ввиду токсических свойств хлороформа его теперь редко применяют для обезболивания и с успехом заменяют эфиром.

*Хлорэтил* не имеет запаха, наркоз наступает быстро и так же быстро исчезает, как только прекращается доступ паров. Длительное применение хлорэтила безусловно противопоказано вследствие возможного наступления паралича дыхательного центра и упадка сердечной деятельности. Для ингаляции хлорэтилом можно воспользоваться обыкновенной маской; надо только следить за тем, чтобы отверстие стеклянной ампулы, в которой находится хлорэтил, приходило в близкое соприкосновение с марлевым слоем маски. При этом наркозе требуется осторожность с огнем, так как пары хлорэтила легко воспламеняются.

В последнее время начинают получать распространение различные виды газового наркоза (закись азота, винестен, циклопропан). Широко применяются барбитураты — производные барбитуровой кислоты (внутривенный наркоз).

Наиболее частым осложнением при наркозе является *западение языка*. Во время глубокого сна происходит расслабление мышц вообще и, между прочим, мышц языка и дна рта. Вследствие этого при лежачем положении больной язык сдвигается по направлению к задней стенке глотки, и надгортанник может прикрыть вход в гортань, что сказывается обычно посинением больной (цианоз), более темным цветом крови, учащением пульса, ослаблением дыхательных движений. С целью предупреждения этого осложнения применяется держание нижней челюсти. Оно состоит в вытягивании, поднимании и удерживании нижней челюсти таким образом, чтобы нижние зубы заходили за край верхних; этого приема обычно достаточно, чтобы избежать западения языка. Если же поддержания нижней челюсти недостаточно и дыхание больной не улучшается, то приходится расширить рот роторасширителем (вводимым между коренными зубами), а язык вытягивать языкодержателем. В случае необходимости держать язык вытянутым продолжительное время лучше прошить его иглой с толстой ниткой — «взять язык на лигатуру», что является менее травматичным, чем держать его языкодержателем.

Вторым довольно частым осложнением при наркозе является *рвота*; она наступает тогда, когда наркоз неглубок и больная



просыпается; поэтому при появлении рвоты наркоз не прекращают, а углубляют. Рвота опасна тем, что рвотные массы могут проникнуть в гортань или трахею и препятствовать дыханию, а также послужить причиной образования пневмонии в послеоперационном периоде. Во избежание этого голову больной поворачивают на бок, а рот раскрывают, чтобы рвотные массы могли выходить наружу. Грозным осложнением являются *асфиксия* и *паралич сердца*. Асфиксия обыкновенно наступает не сразу, и причиной ее бывает или действие наркоза на центр дыхания в продолговатом мозге, или накопление слизи в зеве.

При асфиксии, зависящей от поражения дыхательного центра, у больной быстро развивается цианоз губ, кончика носа, ногтей; зрачки, бывшие при полном наркозе узкими, постепенно расширяются, но в отличие от расширения во второй стадии они не реагируют на свет. При далеко зашедшей асфиксии заметны явления со стороны сердца: пульс замедляется, кровяное давление падает; появляется аритмия, пульс едва прощупывается и, наконец, исчезает.

Как только наступает асфиксия, необходимо немедленно прекратить наркоз, дыхательные пути должны быть освобождены; скопившаяся слизь удаляется марлевыми тряпочками, взятыми на корнцанг, или, лучше, пальцем, обмотанным марлей. Язык, чтобы он не запал, лучше «взять на лигатуру» — прошить шелковой ниткой. Перед прошиванием языка предварительно рекомендуется ввести роторасширитель, чтобы больная не прикусила себе язык.

Для восстановления дыхания применяют *искусственное дыхание*. С целью вызвать раздражение дыхательного центра предложено применение углекислоты, которая вводится следующим образом: из небольшой резиновой подушки по тонкой резиновой трубке, конец которой на несколько сантиметров введен в нижний носовой ход, углекислота вместе с вводимым при искусственном дыхании воздухом поступает в легкие, а отсюда — в кровь. При этом происходит возбуждение дыхательного центра благодаря действию углекислоты на чувствительные нервные окончания дыхательных путей и кровеносных сосудов и благодаря непосредственному влиянию углекислоты, находящейся в крови, на дыхательный центр.

Под кожу больной вводят лобелин (*Lobelinum hydrochloricum*) в ампулах по 0,01; при необходимости получения моментального эффекта лобелин вводится внутривенно (0,003, вводить медленно!), при падении сердечной деятельности одновременно применяют 10—20% камфору (3—5 мл), кофеин, дигален, физиологический раствор поваренной соли. Если эти меры не дают результата, то в сердечную мышцу впрыскивают 1—2 мл раствора адреналина 1 : 1000. В редких случаях паралич сердца наступает внезапно, чаще от хлороформа: повидимому, это наблюдается у лиц с тимико-лимфатическим состоянием. Иногда параличу сердца предшествуют резкое побледнение лица, слабый, еле уловимый, а затем и вовсе исчезающий пульс при продолжающемся дыхании, расширенные и совершенно неподвижные зрачки. Помощь должна заключаться



в быстром прекращении наркоза, введении под кожу камфоры каждые 5—10 минут, в искусственном дыхании и вливании физиологического раствора с адреналином (1 : 10 000). Иногда приходится прибегать к специальному массажу сердца, состоящему в том, что на область сердца кладут обе руки (одну на другую) и сжимают грудную клетку быстрыми ритмическими движениями.

Одним из неприятных осложнений после операций является парез одной из верхних конечностей, зависящий от сдавливания плечевого сплетения вследствие того, что рука отводится высоко вверх и нервные стволы при этом сильно растягиваются и придав-

ливаются плечевой костью. Во избежание этого руку следует, не отводя кверху, оставить прижатой к груди и согнутой в локте, благодаря чему запястье приходится на высоте головы и пульс доступен наблюдению; вторую руку укладывают вдоль тела и привязывают полотенцем к бедру.

Для общего ингаляционного наркоза необходимо приготовить на отдельном столике: маски, капельницу для эфира, роторасширитель, языкодержатель, тампонодержатель, полотенце для закрывания глаз, вазелин для смазывания кожи лица (во избежание ожогов от могущих попасть капель эфира), лоток на случай рвоты. Кроме того, необходимо иметь под руками шприц и иглы, растворы камфоры, кофеина и дигалена.

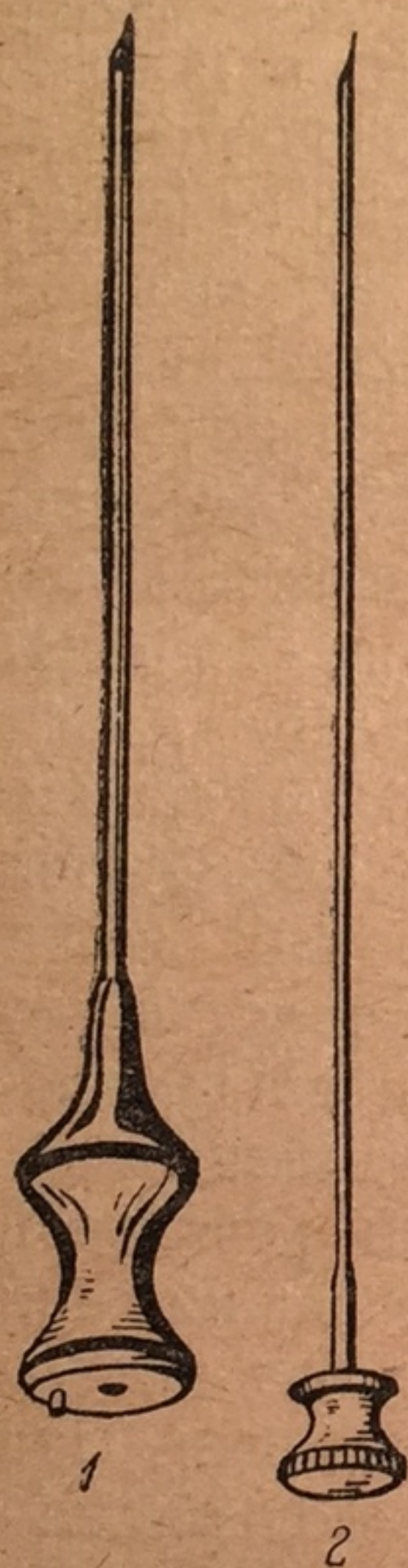


Рис. 162. Игла (1) с мандреном (2) для поясничного прокола.

### С п и н н о м о з г о в а я а н е с т е з и я

Спинномозговая анестезия нашла довольно широкое применение среди современных способов обезболивания. Для ее применения готовится спинномозговая игла с мандреном длиной около 14 см (рис. 162). Для впрыскивания пользуются преимущественно 5% раствором новокаина; для больших операций берут 3 мл, а для малых — 2 мл раствора.

Анестезия при хорошо удавшемся впрыскивании наступает почти непосредственно и продолжается от 40 минут до часа и более. Осложнения, встречающиеся сравнительно часто при спинномозговой анестезии, следующие: рвота, сильные головные боли, иногда продолжающиеся очень длительный срок и, наконец, падение сердечной деятельности. Для избежания упомянутых осложнений лучше применять так называемые «легкие» растворы (5% раствор новокаина, приготовленный на 10% растворе 96° спирта). *Противопоказывается* применение спинномозговой анестезии у нервных особ, при заболевании центральной нервной системы, у туберкулезных, у септических, у обескровленных кахектичных больных, а также при пониженном кровяном давлении.



Сакральная анестезия состоит в том, что впрыскивание тех же анестезирующих веществ производится через отверстие, имеющееся на месте перехода крестца в копчик, в крестцовый канал, где расположены нервные стволы крестцового сплетения. Для впрыскивания анестезирующих веществ больную укладывают или в положение на боку, или в коленно-локтевое.

Для сакральной анестезии пользуются 1—1,5% раствором новокаина в физиологическом растворе с прибавлением адреналина; впрыскивание должно производиться медленно. Общее количество введенного анестезирующего вещества может быть доведено до 40 мл.

Местная анестезия. Различают *инфильтрационную* анестезию, при которой пропитываются все ткани и органы в месте операции путем впрыскивания анестезирующих веществ, и *областную* анестезию, при которой раствор обезболивающего вещества впрыскивается вблизи или в толщу чувствительного нерва, идущего к определенной области тела. Инфильтрационная и областная анестезия являются незаменимыми в тех случаях, когда по состоянию внутренних органов общий наркоз противопоказан.

Из анестезирующих веществ кокаин употребляется в 0,25% растворе и может быть впрыснут лишь в количестве нескольких граммов раствора, так как легко дает отравления. Новокаин употребляется в растворе 0,5% для инфильтрационной анестезии, 1% — для областной и 2% — для анестезии сплетений. Предельными дозами считаются 250 мл 0,5%, 120 мл 1% и 40 мл 2% раствора, но обычно применяются меньшие дозы. Для большей длительности анестезии к растворам прибавляют адреналин 1 : 1000 по 1—2 капли на 10 мл раствора новокаина.

При отравлении кокаином и новокаином появляется головокружение, возбуждение, бессознательное состояние, сухость слизистых оболочек, иногда судороги, наступает цианоз и, наконец, смерть от паралича дыхания. Для впрыскивания анестезирующих растворов шприц должен быть простерилизован кипячением, для чего его опускают в холодную воду, чтобы он не лопнул, и лишь затем подвергают кипячению в разобранном виде с вынутым поршнем. Перед впрыскиванием шприц и иглы должны быть промыты небольшим количеством раствора новокаина.

Растворы готовят асептично и стерилизуются нагреванием до 100°, адреналин же, разлагающийся от стерилизации, прибавляется перед самой операцией.

### Послеоперационный период

По окончании операции *чревосечения* после зашивания брюшной стенки на место бывшего разреза накладывается повязка, состоящая из нескольких стерильных марлевых салфеток, поверх которых кладут небольшой слой ваты; все это укрепляется марлевым бинтом или особым полотняным бинтом с пришитыми по концам его завязками.

При *влагалищных* операциях иногда применяется рыхлая тампонада влагалища стерильной марлей, которая через сутки обычно



удаляется. В тех случаях, когда при влагалищной операции влагал-  
ище наглухо не зашивается и в брюшную полость вставляется  
марлевая полоска дренажа, ее удаляют обычно на 5—6-й день.  
По наложении повязки больную осторожно снимают с операцион-  
ного стола, перекладывают на носилки или коляску и перевозят  
в палату; при перевозке или переноске больная должна быть хо-  
рошо закрыта одеялом. В палате больная укладывается в хорошо  
нагретую постель. Согревание постели можно производить свето-  
выми ваннами при помощи электрических ламп, резиновыми грел-  
ками или просто бутылками, наполненными горячей водой.

После применения *ингаляционного наркоза* больная уклады-  
вается в постель без подушек, в горизонтальном положении; после  
*спинномозговой анестезии* под голову подкладывают подушку.  
Если при спинномозговой анестезии употреблялся спиртовой рас-  
твор новокаина, то больная должна быть уложена без подушки,  
с поднятым нижним концом кровати. К ногам больной должны быть  
положены металлические или резиновые грелки, которые следует  
класть не непосредственно к коже больной, а через одеяло, так как  
иначе может образоваться ожог, которого больная, находясь под  
влиянием наркоза, может не ощутить.

Для *успокоения болей* на область живота лучше класть резино-  
вый пузырь с кусочками льда, причем его не следует класть на  
обнаженную кожу живота, так как может получиться отморожение  
кожи, особенно у малокровных и истощенных больных. Пузырь  
со льдом должен через каждые 1—2 часа сниматься не менее чем  
на полчаса — час, иначе действие его не будет достигать цели. Пузырь  
со льдом не должен применяться дольше суток, так как в противном  
случае холод действует задерживающим образом на перистальтику  
кишок и нарушает функцию мочевого пузыря.

Первое время после операции, пока больная еще не проснулась  
и не пришла в сознание, около постели должна сидеть сестра или  
опытная сиделка, которая следит за пульсом, дыханием и окраской  
лица. В случае появления рвоты необходимо немедленно наклонить  
голову набок и подставить тазик для рвотных масс.

В послеоперационном периоде довольно часто в течение первых  
суток наблюдается рвота, являющаяся результатом раздражения  
стенки желудка наркотическим веществом, а также интоксикации  
наркотизирующим средством, чаще хлороформом. Для избавле-  
ния от страдания, причиняемого рвотой, предложено много средств.  
Все они обычно мало действенны, но можно испробовать следую-  
щие: грелку с горячей водой на область желудка; проглатывание  
кусочков льда; мятные или лавровишневые капли; кроме того,  
некоторые кладут на верхнюю губу полоску ваты, смоченную уксу-  
сом. При упорной рвоте можно попробовать дать больной стакан  
теплой воды, которая выбрасывается обратно с рвотными движе-  
ниями; вслед за этим рвота иногда прекращается — происходит  
как бы промывание желудка. В некоторых случаях помогает назна-  
чение клизм из физиологического раствора (50 мл) с прибавлением



1—2 столовых ложек 4% раствора бромистого натрия. Наконец, если рвота мучительна и продолжается и на следующий день после операции, то лучше всего сделать промывание желудка; для этой цели обычно употребляют слабый щелочный раствор (0,25% раствор соды).

На первом месте стоит забота об устранении послеоперационных болей. Нельзя заставлять больных страдать; поэтому при появлении болей мы обычно назначаем больной введение морфина подкожно (1 мл 1% раствора) или, еще лучше, — пантопон. Обычно ранее 6 часов с момента операции этого делать не приходится, а впоследствии можно ограничиться введением морфина 1—2 раза в сутки. Из других средств, обладающих болеутоляющим свойством, но в значительно меньшей степени, нужно упомянуть следующие: антипирин по 1,0 на 100 мл теплой воды в клизме; фенацетин 0,5; пирамидон 0,5; кодеин 0,02. Послеоперационные боли к концу второго дня обычно проходят, если рана заживает асептично.

Если больная страдает сильной жаждой, то ей дают небольшими порциями холодную кипяченую воду, чтобы смочить и выполоскать рот; воду она должна выплюнуть. К вечеру операционного дня или на другое утро можно давать понемногу чай или черный кофе. В случаях, когда жидкость нельзя вводить per os вследствие рвоты, нужно назначить небольшие клизмы из физиологического раствора или глюкозы или вводить и то и другое подкожно.

Что касается бессонницы, которую нередко приходится наблюдать у оперированных, то прежде всего нужно постараться устранить все причины, ее порождающие, как то: боли, неудобство положения, жажду, шум в коридорах или соседних палатах, возбуждение психики и т. п., а затем уже приступить к назначению снотворных (веронал, сульфонал, бром, хлоралгидрат). Одним словом, необходимо принять соответствующие меры, чтобы обеспечить удлинение нормального физиологического сна.

После операции необходимо тщательно следить за полостью рта, которая может служить источником некоторых осложнений (например паротита). Утром и вечером необходимо чистить зубы и полоскать рот. При соответствующих показаниях назначают полоскания дезинфицирующими растворами (раствор борной кислоты, перекиси водорода).

Уход за ртом, кроме своего прямого назначения, способствует улучшению аппетита. Особое внимание должно быть обращено на очищение языка.

Повязка, наложенная на операционную рану, не сменяется до дня снятия скобок или швов, и только тогда, когда имеются отклонения от нормы в температуре и пульсе и некоторые явления в самой операционной ране (боль, напряжение, промокание), приходится снимать повязку для осмотра рубца. Кожные швы (шелк, скобки) снимаются на 8-й день. Больная накануне вечером получает слабительное, а утром в день снятия швов, если желудок не действовал



самостоятельно, ей назначается мыльная клизма. По снятии швов рубцы смазываются иодной настойкой и снова заклеиваются марлевой повязкой. Если при влагалищных операциях наложены кетгутовые швы, то обычно их снимать не приходится, так как они, рассасываясь, постепенно отходят сами. Шелковые швы с кожи промежности подлежат снятию на 6-й день. После операции на промежности необходимо по возможности содержать рану в сухом виде, для чего после обмывания и мочеиспускания необходимо на шов накладывать стерильную марлю.

К питанию больных необходимо подходить крайне осторожно: так, на 2-й день после операции больная получает чай или кофе, на 3-й день — бульон, кисель и лишь с 5-го дня постепенно переходит на обычный стол.

В тех случаях, когда была проделана операция на кишечнике, переход на обычный стол совершается более осторожно и спустя более продолжительный срок.

После снятия швов, т. е. на 9—10-й день, больной разрешается сесть в кровати, а на следующий день — встать. Выписываются больные после операции чревосечения с нормально протекавшим послеоперационным периодом на 12—14-й день. Необходимо больным, перенесшим чревосечение, рекомендовать ношение бандажа в течение 3—5 месяцев, пока не окрепнет рубец. Носить бандаж нужно только во время работы, ибо постоянное ношение бандажа способствует ослаблению брюшного пресса, вызывая атрофию мышц брюшной стенки.

#### Наблюдение за деятельностью сердца и температурой

В послеоперационном периоде наблюдение за пульсом является особенно важным, так как по его изменениям в первые дни мы определяем отклонения от нормального течения. При пробуждении больной от наркоза, при рвотных движениях, при возбужденном состоянии оперированной пульс несколько улучшается. При нормально протекающем послеоперационном периоде сердечная деятельность вскоре приходит к норме: наполнение пульса и частота пульса незначительно отличаются от пульса до операции. Учащение пульса свыше 100 ударов в минуту без достаточных к тому причин может служить показателем наличия внутреннего кровотечения или слабости сердца; и то и другое требует применения экстренных мер.

Не всегда легко бывает отличить, имеем ли мы дело с послеоперационным шоком, являющимся результатом длительного наркоза, или же со вторичным кровотечением в брюшную полость. В более простых случаях распознавание производится посредством перкуссии, которая позволяет определить скопление крови в брюшной полости (заглушение тимпанического звука в отлогих местах). В сомнительных случаях некоторые рекомендуют делать



пункцию живота через брюшную стенку длинной тонкой иглой, насаженной на обыкновенный шприц; для этого нужен, конечно, большой опыт.

Если имеется чистый шок без вторичного кровотечения, то в легких случаях удастся помочь больной впрыскиванием под кожу морфина и средств, возбуждающих сердечную деятельность, как то: камфора, кофеин, дигален, а в тяжелых случаях рекомендуется переливание крови, вливание в вену физиологического раствора с адреналином. При наличии внутреннего кровотечения необходимо его вначале остановить, а затем уже приступить к переливанию крови или к вливанию физиологического раствора, в противном случае можно значительно повредить больной, так как кровотечение вследствие повышения кровяного давления усиливается.

В тех случаях, когда кровотечение появилось после брюшностеночного чревосечения, необходимо срочно приступить к повторному вскрытию брюшной полости (relaparotomy). Если была произведена влагалищная операция, то иногда кровотечение может быть остановлено снизу через влагалище. В остальных случаях, в особенности при кровотечении из культей широких связок, лучше тоже вскрыть брюшную полость сверху, так как найти и перевязать кровоточащий сосуд снизу трудно.

После остановки кровотечения следует немедленно произвести переливание крови, а при невозможности — вливание физиологического раствора.

Учащение пульса в последующем течении послеоперационного периода может быть объяснено инфекцией, паралитическим состоянием кишечника, сопровождающимся вздутием живота и непроходимостью кишок.

Температура по окончании операции обычно бывает несколько ниже, чем до операции, но затем к вечеру она может повыситься и достигнуть  $37,5^{\circ}$ .

Если повышение температуры в послеоперационном периоде имеет ремиттирующий характер и ее колебания между вечерними подъемами и утренними падениями выражаются в одном и более градусах, то мы имеем дело с нагноением.

Иногда больные испытывают чувство потрясающего озноба, который обуславливается интоксикацией организма и всасыванием сразу больших количеств заразных начал. Такие потрясающие ознобы часто наблюдаются при заражении крови. После озноба и жара больные иногда сильно потеют.

В послеоперационном периоде необходимо также наблюдение за дыханием. Обычно дыхание после операции соответствует нормальному, и всякое учащение его говорит об отклонении в работе легких. Следует обращать внимание, равномерно ли дышат обе доли. Следует наблюдать, глубоко или поверхностно дышит больная, ловины грудной клетки, глубоко или поверхностно дышит больная, не испытывает ли она боли при вдохе. Часто наблюдается, что больная после произведенной лапаротомии в силу возникающих



при дыхании болей в операционной ране старается дышать поверхностно и этим создает плохие условия для проветривания легких. Такой больной необходимо придать полусидячее положение при помощи специальной подставки (подголовника) и этим облегчить ее дыхание.

### Наблюдение за мочеиспусканием

После операций, произведенных на промежности, половых органах, прямой кишке, и операций, связанных с отслойкой мочевого пузыря, нередко наблюдается *задержка мочи*. Если задержка мочеиспускания имеет место в течение длительного срока, то возможно возникновение неприятных осложнений в виде цистита или пиелита. Часто такая задержка объясняется чисто нервными причинами: указанные выше области хорошо снабжены анастомозирующими между собой нервами, и поэтому раздражение их во время операции передается рефлекторно на нервы пузыря, вызывая спазм его сфинктера. Травма мускулатуры передней брюшной стенки также может влиять на правильное опорожнение пузыря.

В тех случаях, когда больная долго не мочится, прежде чем прибегнуть к катетеру, следует побудить ее помочиться самостоятельно, имея в виду, что больные иногда боятся напрягать брюшной пресс из-за возможности вызвать боли или же из боязни «расхождения швов». Если это не поможет, то целесообразно применение грелки на область пузыря или промежности или прикладывание к половым частям ваты, смоченной теплым борным раствором. Если и применение тепла не окажет действия, то можно сделать подкожное впрыскивание 25% раствора сернокислой магнезии в количестве 1—3 мл.

Если всеми вышеуказанными мероприятиями не удалось достигнуть результатов, то приходится прибегнуть к катетеризации, соблюдая все правила асептики.

Когда методом катетеризации пользуются длительно, нужно ее производить в определенные часы, не более двух-трех раз в сутки. В этих случаях показано назначение больным дезинфицирующих мочевые пути средств — салола, уротропина и т. п. Принимая меры против задержки мочеиспускания после операции, надо помнить, что судно больной должно подаваться согретым во избежание рефлекторного спазма сфинктера при соприкосновении кожи бедер с холодным предметом.

В качестве профилактической меры следует перед операцией приучать больных мочиться лежа, так как иногда задержка мочеиспускания после операции обуславливается неумением мочиться в лежащем положении.

В тех случаях, когда в результате задержки мочеиспускания наступает цистит, следует в остром периоде ограничиваться назна-



чением общих мер, как то: тепло на область пузыря, молочная диета, назначение дезинфицирующих мочевые пути средств, наркотиков. После того как острые явления затихнут, приступают к промыванию пузыря теплым борным раствором, после чего вводится 50—100 мл 1% раствора колларгола, который по возможности дольше задерживается в мочевом пузыре. Через 2—3 дня после промывания моча становится чистой, и явления цистита исчезают.

### Наблюдение за деятельностью кишечника

В первые дни после операции необходимо следить за деятельностью кишечника и желудка, так как здесь может возникнуть ряд осложнений.

Выше мы уже говорили о рвоте как результате осложнения со стороны желудка. Одновременно нужно указать на довольно часто встречающееся в послеоперационном периоде скопление в кишечнике газов, которые не отходят и вследствие этого вызывают *вздутие живота*.

Так как большинство гинекологических операций не связано с непосредственной травмой кишечника, то в случаях асептического течения послеоперационного периода перистальтика кишечника обычно на второй день восстанавливается, и начинают отходить газы. Если же этого не происходит и к началу вторых суток явления пареза продолжают нарастать, необходимо бороться с возникшим осложнением, ибо парез кишечника крайне отягощает состояние больных, создавая мучительную одышку и удушье вследствие растяжения живота вздутыми кишечными петлями и оттеснения вверх диафрагмы.

Прежде чем приступить к ликвидации метеоризма, необходимо по возможности точно установить его происхождение, так как без этого не всегда будет иметь успех то или иное назначаемое мероприятие. Задержка газов может быть: 1) от атонии кишечника, 2) от спазма сфинктера прямой кишки и 3) от того и другого вместе.

При *атонии кишечника* аускультация живота дает впечатление полного затишья. У худощавых лиц через тонкие брюшные стенки перистальтики незаметно; больные обычно не испытывают приступов коликообразных схваток в животе.

При *спазме сфинктера* мы будем иметь совершенно обратную картину. Сообразно указанным симптомам мы будем применять то или иное лечение. При спазме сфинктера показано назначение трубки в прямую кишку, чтобы преодолеть сопротивление сфинктеров прямой кишки, которые препятствуют выходу газов. Для этого необходимо ввести в прямую кишку трубку сантиметров на 15, чтобы она попала своим концом в ампулу кишки. Иногда помогает назначение наркотиков (свечи с морфином или морфин



подкожно), так как спазм сфинктера часто является следствием болевого рефлекса.

При *атонии кишечника* показаны теплые сифонные клизмы из ромашки или содового раствора (0,5%), клизмочки с глицерином (на 1 стакан воды 15 мл глицерина), гипертонические клизмы (1 столовая ложка поваренной соли на стакан воды), тепло на живот в виде грелок или даже, как некоторые рекомендуют, световые ванны, что также способствует восстановлению перистальтики.

Методика применения *сифонных клизм*. В большую воронку наливают теплую промывную жидкость (вода, настой ромашки, раствор соды и т. п.), которую выпускают через соединенный с воронкой резиновый зонд, чтобы удалить из последнего воздух. Затем, чтобы вода не вытекала при введении зонда, его сжимают рукой или зажимом и вводят глубоко в кишку. Подняв воронку на 0,5 м над уровнем кровати, постепенно впускают жидкость в кишку в количестве 3—4 стаканов, затем воронку опускают быстро ниже кровати, но *воронку не перевертывают*, ибо в противном случае система сифона будет нарушена, так как в зонд попадет воздух. Затем воронка снова наполняется, и продлевается та же процедура. Газы обыкновенно начинают отходить не сразу, так что промывания приходится производить неоднократно.

Из медикаментозных средств можно применять питуикрин Р по одной ампуле, физостигмин (0,0005) подкожно, в некоторых случаях подкожное впрыскивание *Atropini sulfurici* по 0,001 (до 2 раз в день). Если вышеуказанные мероприятия не дают эффекта и есть основание ввиду наличия соответствующих симптомов предполагать механические препятствия в кишечнике (илеус) или развитие перитонита, единственным средством спасения больной остается безотлагательное чревосечение.

### Пр о л е ж н и

После операции у истощенных больных, находящихся продолжительное время в постели, в области крестца и в других местах, подвергающихся давлению, могут развиваться пролежни. Вначале появляется покраснение кожи, затем участок этот синее или даже чернеет, наконец, омертвевшая часть отпадает и получается язва. В образовании пролежней играет роль не только давление на ткани, но и смачивание кожи мочой, жидкостями при уборке больной, недостаточное обтирание ее после уборки.

Во избежание этого неприятного осложнения необходимо уменьшить давление на ткани при помощи резиновых кругов, валиков, содержать в сухом виде как кожу, так и постельное белье, чаще менять положение больной. Покрасневшие участки кожи следует растирать 2—3 раза в день камфорным спиртом, ароматическим уксусом или обыкновенным винным спиртом.

В случае, если пролежни уже образовались, края их обтирают теми же средствами, язва высушивается, и на нее накладывается повязка с ксероформной или цинковой мазью. Пища такой больной должна быть богата витаминами.



## Брюшностеночное чревосечение

Об общей подготовке больной к чревосечению (laparotomia) было уже сказано выше. Остается добавить несколько слов о подготовке операционного поля перед самой операцией.

Существует несколько способов подготовки брюшной стенки перед разрезом ее. Некоторые сначала обмывают кожу спиртом, а затем смазывают иодной настойкой; другие обрабатывают кожу спиртовым раствором таннина; третьи сначала 2—3 раза обтирают брюшную стенку бензином, а затем смазывают 10% спиртовым раствором иода. Каким бы способом ни обрабатывалась брюшная стенка, необходимо особое внимание обращать на пупок, который должен быть тщательно очищен. Подготовленное операционное поле покрывается стерильной простыней с разрезом в продольном направлении, а сверху и снизу кладется по стерильному полотенцу, которые вместе с простыней прикрепляются к коже живота особыми цапками (рис. 163).

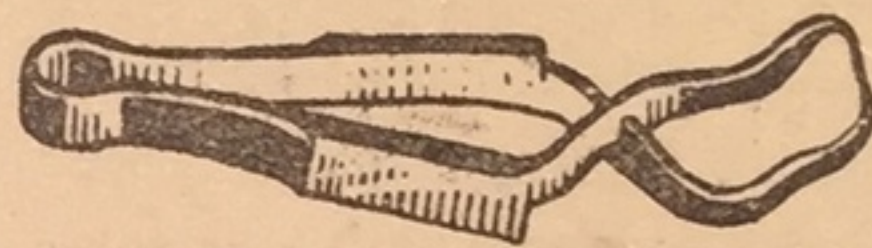


Рис. 163. Цапки для белья.

Если разрез брюшной стенки производится в поперечном направлении, то и простыня кладется с поперечным разрезом, а полотенца кладутся с боков.

После того, как больная хорошо заснула, ей придается тренделенбурговское положение, для того чтобы кишечные петли отошли к диафрагме и не мешали ходу операции. К ножному концу стола приставляется обычно особый столик-подставка, на который кладутся соответствующие инструменты (рис. 164). С этого столика инструменты берутся или самим оператором или его помощником, а операционная сестра должна позаботиться о том, чтобы нужные инструменты всегда там находились. Производство брюшностеночного чревосечения, вне зависимости от того, с какой целью оно предпринимается, можно разделить на три основных момента: 1) вскрытие брюшной стенки, 2) работа в брюшной полости и 3) зашивание брюшной стенки. В зависимости от этого на подставленный у ножного конца столик кладутся те или иные инструменты.

Рис. 164. Подставной столик для инструментов.

Для вскрытия брюшной стенки потребуются следующие инструменты: брюшистый скальпель, кровоостанавливающие зажимы с овальными губками, два хирургических пинцета и ножницы, согнутые по ребру (под углом) для разреза брюшины. Кроме того, необходимо положить несколько небольших марлевых шариков для вытирания крови и на всякий случай 2—3 лигатуры (на случай

Для вскрытия брюшной стенки потребуются следующие инструменты: брюшистый скальпель, кровоостанавливающие зажимы с овальными губками, два хирургических пинцета и ножницы, согнутые по ребру (под углом) для разреза брюшины. Кроме того, необходимо положить несколько небольших марлевых шариков для вытирания крови и на всякий случай 2—3 лигатуры (на случай



перевязки того или иного сосуда, пораненного при разрезе брюшной стенки).

По вскрытии брюшной полости все вышеперечисленные инструменты (за исключением хирургических пинцетов) с подставленного столика убираются, и на него кладутся инструменты, необходимые для работы в брюшной полости.

Прежде всего потребуются те или иные зеркала для раздвигания краев раны — тройные, двойные или в виде отдельного брюшного зеркала. Первые два вида зеркал обычно соединены тем или иным способом вместе и относятся к неподвижным зеркалам; отдельное же брюшное зеркало (см. рис. 145) может быть свободно перемещаемо по краям операционной раны и является, следовательно, зеркалом подвижным. Далее, вместо зажимов с овальными губками, которые накладывать в брюшной полости не рекомендуется ввиду того, что они могут соскакивать, кладут кровоостанавливающие зажимы, имеющие зубцы на конце. Это, конечно, не означает, что зажимы с овальными губками не могут потребоваться для каких-нибудь других целей, например для захватывания концов наложенных швов; поэтому они должны быть в запасе на столе у операционной сестры и подаваться оператору по мере надобности. Кроме того, на подставной столик должны быть положены ножницы, изогнутые по плоскости, лапчатые пинцеты и в длинных зажимах небольшие, сложенные шариком компрессы для протирания брюшной полости.

Необходимо также иметь наготове большие марлевые компрессы или стерильные полотенца для закладывания их в брюшную полость с целью отгородить кишечные петли от операционного поля. Маленькие марлевые шарики, особенно без зажимов, при чревосечении подаются только по требованию оператора по избежание их оставления в брюшной полости.

Кроме того, операционная сестра на своем столе должна иметь всегда наготове несколько (2—3) готовых нитей для швов, могущих всегда понадобиться оператору. Нити для швов приготавливаются обычно кетгутовые, но за неимением кетгута употребляются и шелковые и даже ниточные (бумажные) в обычных трехгранных хирургических иглах; подаются они вставленными в длинный или в какой-либо другой иглодержатель, по требованию оператора. Швы, употребляемые для наложения на стенку кишки, подаются с круглыми кишечными иглами. Подаваемые швы должны быть достаточно длинными (не меньше  $\frac{1}{6}$  м), так как в противном случае их трудно завязать, особенно если их приходится накладывать в глубине малого таза.

Из других инструментов, могущих потребоваться при работе в брюшной полости, необходимо иметь наготове следующие: пулевые щипцы, щипцы двузубчатые, остроконечный корнцанг, анатомические и хирургические пинцеты, на всякий случай кишечные зажимы, ножницы, как остроконечные, так и тупоконечные, изогнутые и прямые, троакар (рис. 165). Не при каждой лапаротомии могут потребоваться все перечисленные инструменты, поэтому операционной сестре надлежит всегда спрашивать у оператора о ха-



рактуре предстоящей операции и советоваться о том, какой инструментарий может потребоваться. Так, например, при операции, предпринимаемой с целью исправления положения матки, конечно, не потребуются такие инструменты, как штопор или троакар, которых операционная сестра в этом случае и не положит.

Работа в брюшной полости обычно заканчивается перитонизацией (покрытием брюшиной) культей, остающихся после удаления ваемых обвивные швы (кетгутовые), которые в 2—2½ раза длиннее обычного шва. По окончании операции брюшная полость высушивается марлевыми компрессами, а операционное поле в некоторых случаях протирается эфиром или спиртом. По окончании операции большинство хирургов вливает в брюшную полость пенициллин в количестве 100 000—200 000 ед. для предупреждения инфекционных осложнений.

К концу операции (до зашивания брюшной стенки) операционная сестра должна позаботиться о приведении в порядок инструментария, чтобы он весь был налицо, а главное — должна точно учитывать расходованные марлевые компрессы и полотенца, быть уверенной в том, что они не могли случайно остаться в брюшной полости. Правда, эта обязанность лежит главным образом на самом хирурге, но и операционная сестра должна за этим следить.

С этой целью лучше всего поступать таким образом: каждая марлевая тряпка, выброшенная хирургом или его помощником, подбирается операционной санитаркой и складывается в отдельный тазик, стоящий подле операционного стола. Каждые 4 из 5 израсходованных тряпок завертываются в пятую, что упрощает их счет. Санитарка также немедленно подбирает все случайно упавшие инструменты, моет и кипятит их и отдает операционной сестре. Операционная сестра всегда должна знать, какое количество инструментов было приготовлено для операции, сколько было израсходовано при операции полотенец и марлевых тряпок.

Зашивание брюшной стенки производится послойно, и для этого употребляются следующие инструменты: зажимы с овальными губками для захватывания и приподнимания краев брюшины, чтобы, зашивая, не захватить в шов случайно петлю кишки или сальник. С той же целью предохранения кишечника и сальника от попадания в шов иногда приходится применять так называемый штык (рис. 166), который подводится под разрез брюшины так, что шов накладывается над ним. Зашивается брюшина непрерывным швом обыкновенной трехгранной иглой; при этом чаще всего поль-

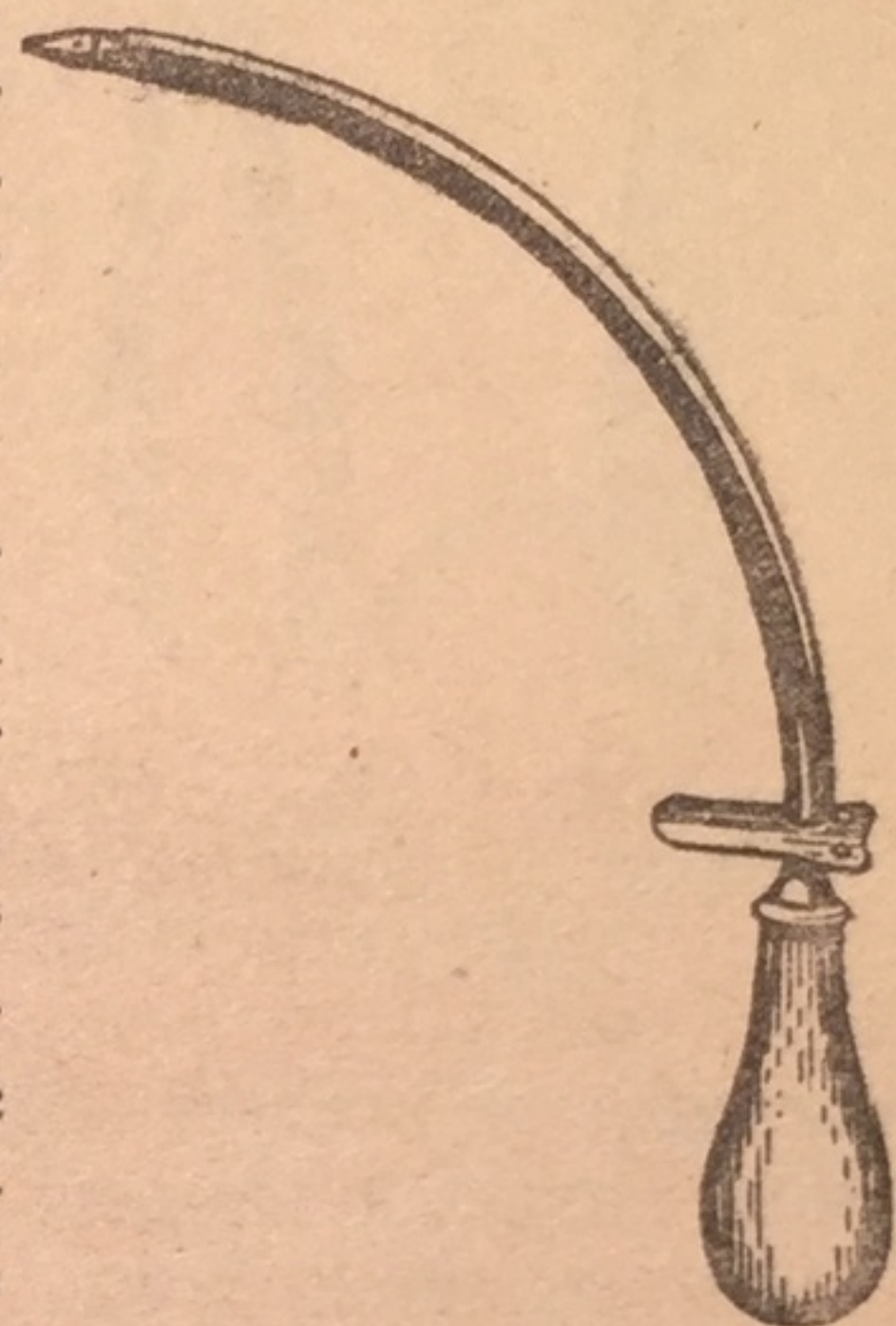


Рис. 165. Троакар изогнутый.



зуются иглодержателем Отта (рис. 167). После этого некоторые операторы накладывают 1—2 узловых шва на мышцы, а затем шьют апоневроз. Последний зашивается различно: одни накладывают на него, так же как на брюшину, непрерывный кетгутовый шов, другие — узловые шелковые швы, и, наконец, третьи накладывают съемный проволочный шов. Чтобы не



Рис. 166.  
Штык.

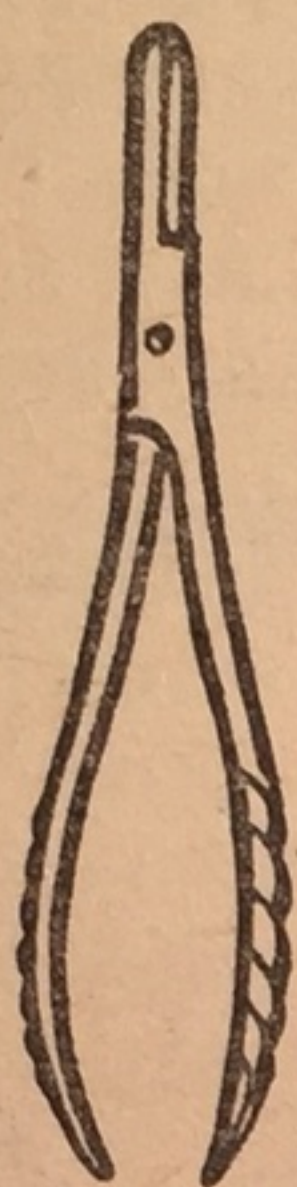


Рис. 167.  
Иглодержатель Отта.

получилось свободного пространства между апоневрозом и кожей, через толщу последней в подкожную клетчатку проводятся 2—3 узловых шелковых или проволочных шва, а между ними накладываются серфины.

Туалет брюшной раны заканчивается тем, что рубец смазывают иодной настойкой; поверх кладут полоску марли в два-три слоя, покрывают марлевой салфеткой и по бокам заклеивают коллодием или же полоской липкого пластыря. Если на апоневроз был наложен съемный проволочный шов, то выведенные наружу закрученные концы его обертывают кусочками марли. Поверх повязки на рану накладывают или обыкновенный марлевый бинт, или специальный полотняный, а еще лучше вязаный бандаж, после чего больную перевозят в палату.

Что касается хода операции в отдельных случаях, т. е. при удалении придатков, матки и т. д., то дать такое описание весьма трудно по двум причинам, а именно: во-первых, ход операции зависит от тех анатомических изменений, которые находят по вскрытии брюшной полости, во-вторых, он зависит от техники оператора. Поэтому мы дадим только краткое схематическое описание операции в том виде, в каком она делается у нас.

#### Ход операции при удалении опухолей придатков и матки

По вскрытии брюшной полости вводится брюшное зеркало, матка выводится из брюшной полости и для удобства ее держания прошивается шелковой ниткой, концы которой не завязываются, а берутся в зажим с овальными губками. После отделения спаек (если таковые имеются) накладываются зажимы зубчатые на маточный конец трубы и мезосальпинкс (если удаляется только одна труба), если же удаляются труба и яичник, то накладываются три зубчатых зажима: на маточный конец трубы, яичниковую связку и на тазово-воронковую связку. Придатки отсекаются ножницами, зажимы на культиках заменяются кетгутовыми лигатурами и перитонизируются круглой связкой путем наложения непрерывного кетгутового шва. Операционное поле высушивается марлевыми комп;



рессами, в брюшную полость вливается 200 000 ед. пенициллина, после этого брюшная полость зашивается послойно наглухо.

При удалении матки ход операции зависит от того, удаляется ли матка с придатками или без таковых, ампутируется ли матка надвлагалищно или удаляется целиком.

Если придатки оставляются, то зубчатые зажимы накладываются на круглую связку, трубу и яичниковую связку; все они перерезаются; отыскивается маточная артерия в области внутреннего зева, накладывается зубчатый зажим, и артерия перерезается. Затем ножницами надрезается брюшина в области переходной складки (с мочевого пузыря на матку), мочевой пузырь тупым путем отодвигается книзу. После этого в том же порядке накладываются зажимы с другой стороны, и тело матки отсекается скальпелем в области внутреннего зева. Если же удаляется вся матка, то, после того как вскрыто влагалище, она циркулярно отсекается у места прикрепления стенок влагалища к шейке. Влагалище или зашивается наглухо непрерывным кетгутовым швом, или только суживается, и из брюшной полости во влагалище вставляется марлевый тампон. Если матка ампутируется надвлагалищно, то на культю шейки накладывается три узловых шва. Зажимы на культях придатков заменяют кетгутовыми узловыми швами и перитонизируют как в том, так и в другом случае непрерывным кетгутовым швом, накладываемым в виде кисета таким образом, что все культы прячутся внутрь, т. е. подбрюшинно.

Послеоперационный уход ведется по правилам, изложенным выше.

Серфины, шелковые швы с кожи, а также узловой проволочный шов снимают через 7 суток после операции, а если накладывается на апоневроз проволочный шов, то его снимают через 9—10 суток.

Для снятия серфин и шелковых швов с кожи нужно приготовить крючки для снятия серфин, пинцет хирургический, острокопечные ножницы, иод, коллодий или липкий пластырь, несколько стерильных марлевых тряпочек. На рис. 168 показано, какой вид имеет шелковый шов, если он снят правильно и целиком и если снят неправильно, т. е. отрезан только узел, а часть нитки оставлена в глубине.

Для снятия проволоки нужно приготовить два зажима с овальными губками, иод (чтобы смазать места выкола проволоки), пинцет и несколько стерильных марлевых тряпочек.

Вставание после чревосечения разрешается больным с 11—12-го дня. Если при операции брюшностеночного чревосечения брюшная полость инфицирована (гной, раневой распад), или перитонизация невозможна, или возникает сомнение в асептичности

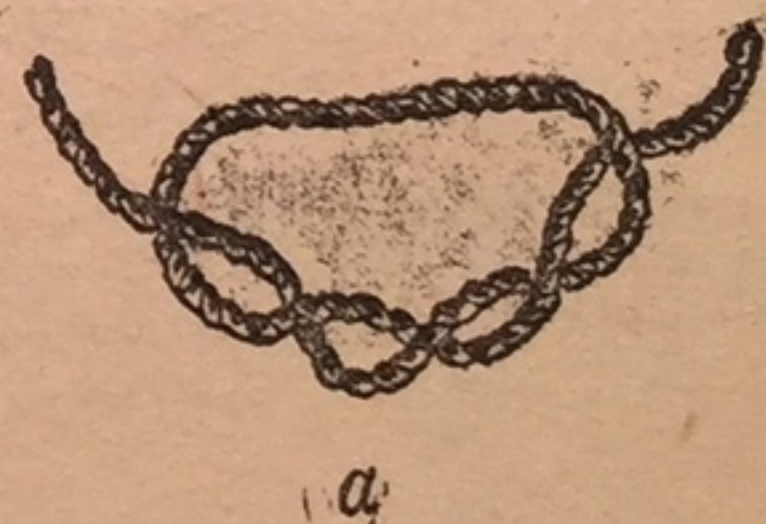
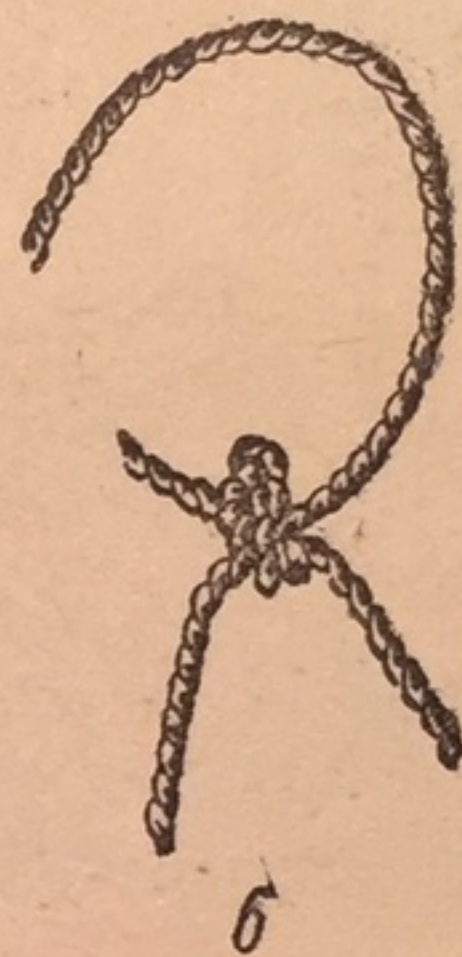


Рис. 168.

а — хирургический узел;  
б — правильно снятый шов;  
в — неправильно снятый шов.



случая, иногда рекомендуется брюшную стенку не зашивать наглухо, а вставить тампон Микулича.

Он состоит из мешка, сделанного из марли и выкроенного в виде круга, имеющего около 50 см в диаметре. В центре мешка фиксируется крепкая шелковая нитка, которая служит для его извлечения.

В марлевый мешок вводится до 5—6 марлевых тампонов длиной до 1—1,5 м и шириной в 3—4 см, состоящих из сложенной в 3—4 слоя марли. Ка-

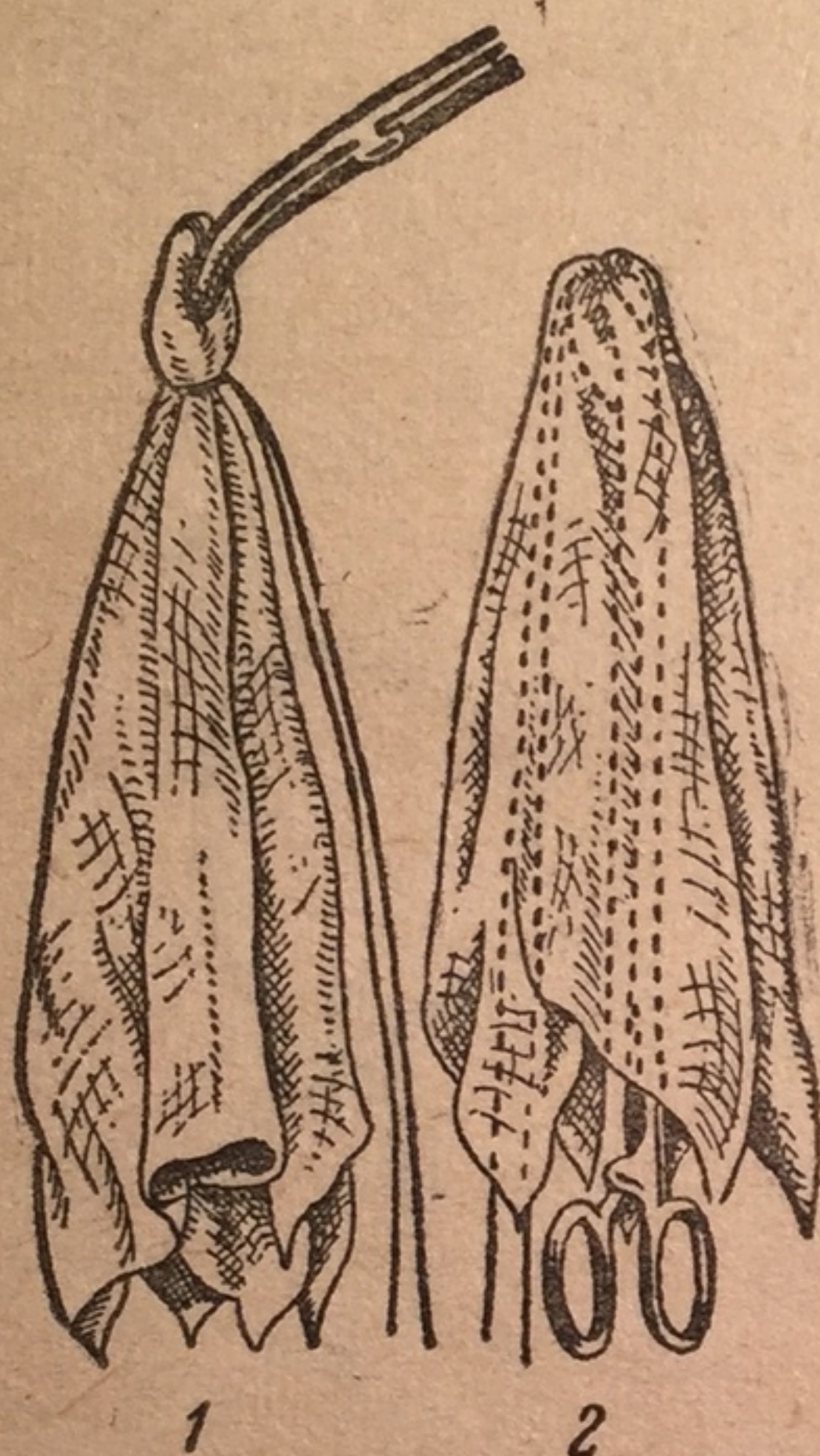


Рис. 169. Приготовление тампона Микулича.

1 — захватывание марлевого мешка корнцангом; 2 — марлевый мешок, готовый для введения в брюшную полость.

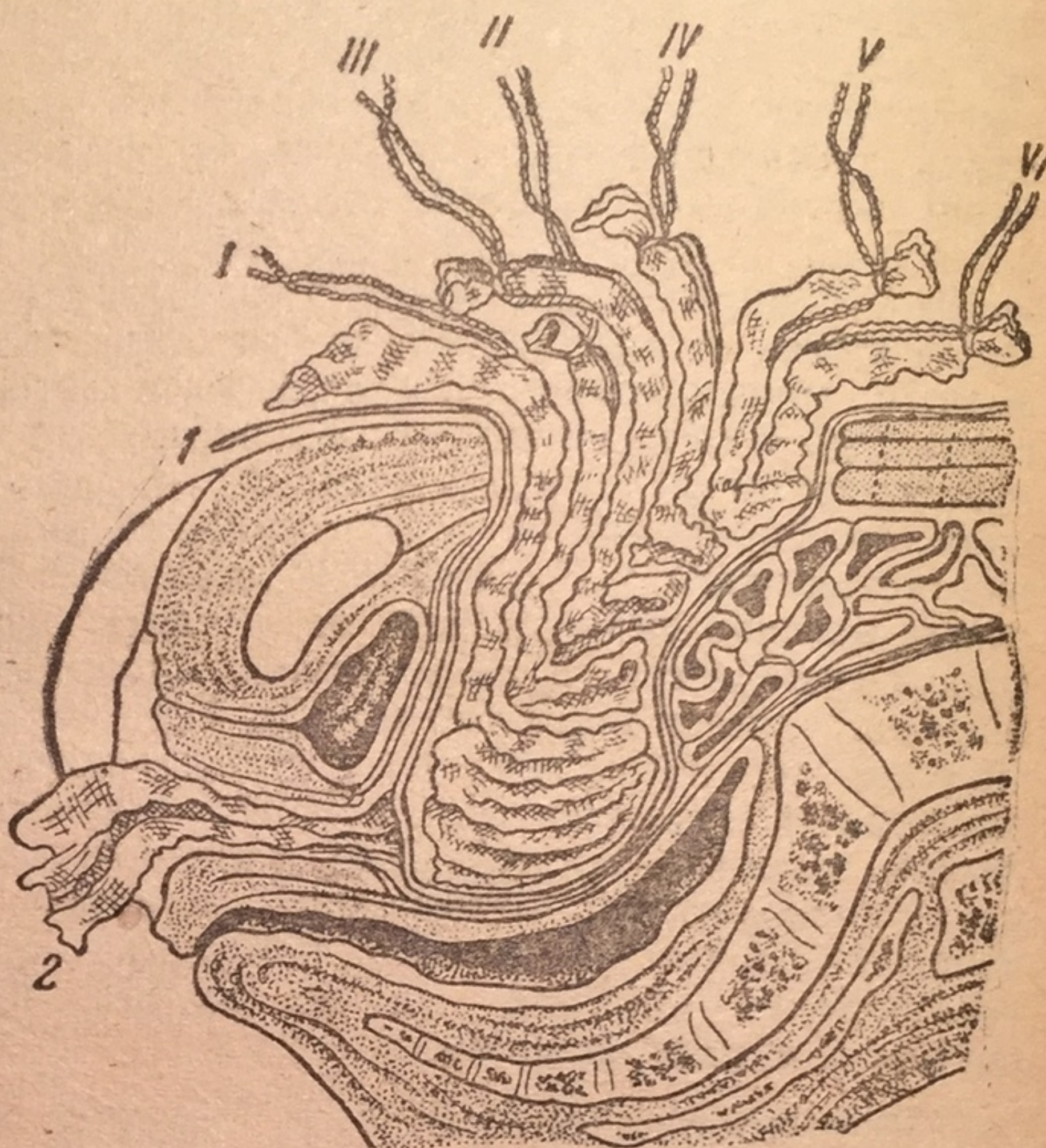


Рис. 170. Тампон Микулича, введенный в брюшную полость (схематический разрез).

1 — марлевый мешок, введенный в брюшную полость; 2 — тампон, введенный во влагалище; I — VI — расположение тампонов в марлевом мешке.

ждый тампон имеет на конце нить с узелками; тампон, который вводится первым, имеет один узелок, второй — два и т. д.; это необходимо для того, чтобы знать, в какой последовательности их вынимать. Вводится тампон Микулича следующим образом: длинным зажимом мешок захватывается в том месте, где привязана шелковая нить, и погружается в рану так, чтобы зажим и шелковая нить располагались внутри мешка (рис. 169). Затем расправляют стенки мешка, чтобы они прилегали к краям раны, а свободный конец мешка располагается вне брюшной полости. В мешок после этого вводят тампон с одним узлом, тщательно заполняя дно, затем вводят второй, третий и т. д. — до необходимого количества (рис. 170). Тампон Микулича постепенно удаляют, начиная с 3-го дня: первым извлекается тампон, введенный последним. К 6-му дню извлекаются все тампоны, а начиная с 8-го дня постепенно приступают к отделению и самого мешка, для чего потягивают за шелковую нить. Если мешок не поддается извлечению, то не следует торопиться, а лучше оставить его до следующего дня.

При удалении мешка рану, если она чистая, стягивают наложением шва или же лечат, как обычную гнойную рану.



## Влагалищное чревосечение

Еще не так давно влагалищное чревосечение при гинекологических операциях производилось значительно чаще брюшностеночного, так как считалось, что этот способ оперирования бережнее для больной. Техника влагалищного чревосечения была блестяще разработана Оттом, которым был для этих целей сконструирован специальный инструментарий с различными зеркалами, освещающими брюшную полость.

Даже большие опухоли как матки, так и придатков удалялись влагалищным путем. Теперь брюшностеночное чревосечение применяется гораздо чаще влагалищного.

Преимущества брюшностеночного чревосечения заключаются в том, что оно производится быстрее, операционное поле более доступно для осмотра, при этом способе возникает меньше опасности поранения соседних органов и, наконец, создаются лучшие условия для остановки кровотечения и перевязки сосудов. Вот почему теперь большинство хирургов-гинекологов предпочитает оперировать через брюшную стенку, а влагалищным путем операции производятся лишь по специальным показаниям, например пластические операции на промежности, некоторые операции по поводу опущения и выпадения матки, операции на шейке, стенках влагалища и т. п.

Подготовка больной к влагалищному чревосечению нами описана выше, в главе «Оперативное лечение»; там же нами описано расположение хирурга и его помощников при влагалищных операциях.

Остается остановиться на инструментарии. Для влагалищного чревосечения требуется следующий инструментарий: влагалищные зеркала, не менее 3 подъемников, длинные хирургические пинцеты, пулевые щипцы (3—5 пар), щипцы двузубчатые, скальпели, ножницы остроконечные и тупоконечные, лапчатые пинцеты, кровоостанавливающие зажимы (как средней величины, так и длинные), иглы, иглодержатели, материал для швов, марлевые шарики и тампоны.

### Ход операции удаления матки через влагалище

После соответствующей дезинфекции наружных половых органов и влагалища вводится ложкообразное зеркало и подъемник для того, чтобы обнаружить влагалищную часть матки, которая после этого захватывается пулевыми щипцами таким образом, что одни накладываются на переднюю губу, а другие — на заднюю. При операции удаления матки брюшная полость вскрывается обычно через передний свод (*colpotomia anterior* — передняя кольпотомия). Разрез проводится скальпелем в поперечном направлении, в месте перехода слизистой влагалища на влагалищную часть матки. После этого слизистая оболочка влагалища от-



сепаровывается немного кверху, мочевой пузырь отделяется тупым путем (пальцем) от шейки матки до тех пор, пока не будет доступна пузырно-маточная складка брюшины. Чтобы вскрыть последнюю, в рану вводится подъемник, которым оттесняют мочевой пузырь кверху; складку брюшины захватывают зажимом посредине и вскрывают в поперечном направлении ножницами, увеличивая разрез в стороны настолько, чтобы свободно можно было ввести в рану три пальца. После этого подъемник перемещается в брюшную по-

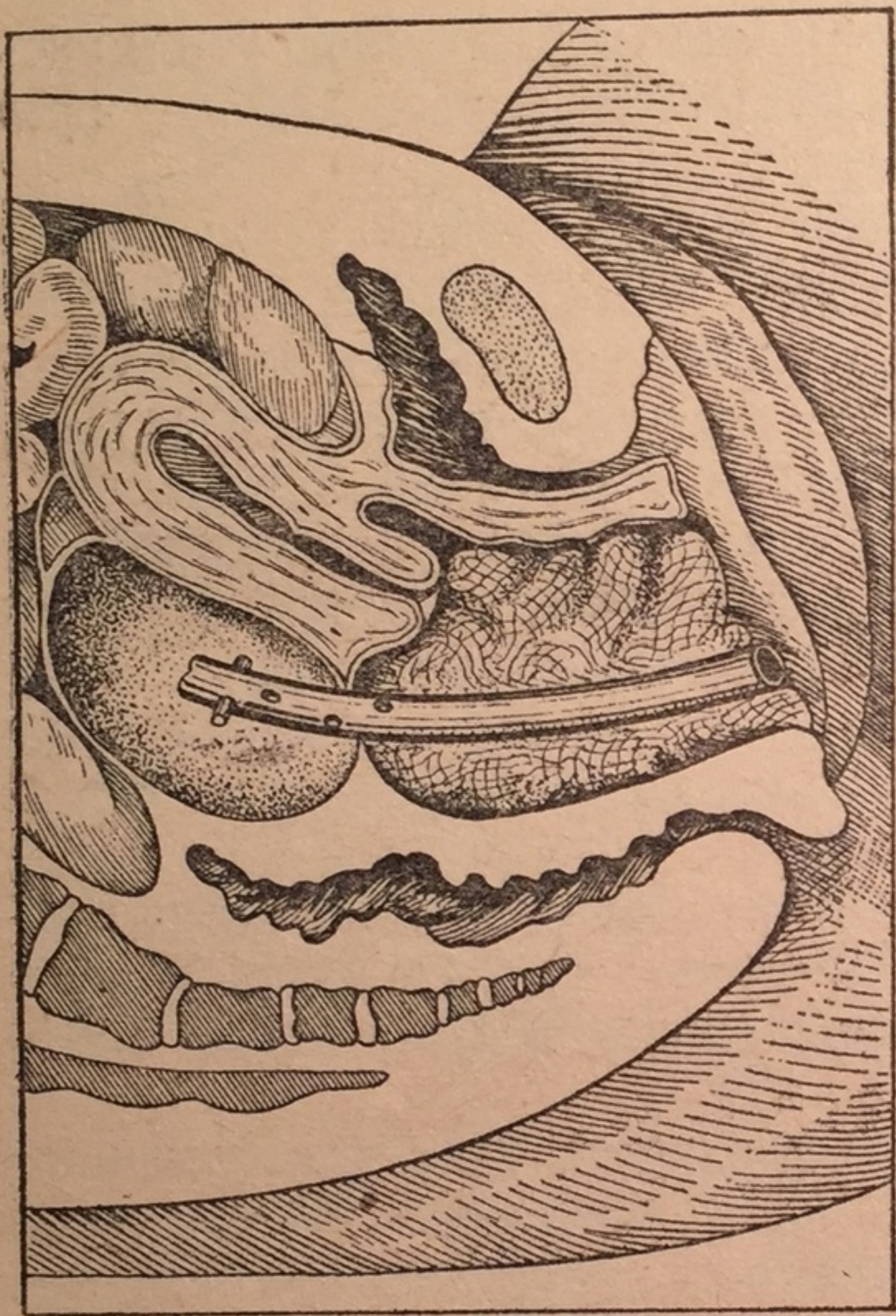


Рис. 171. Задняя кольпотомия. Дренаж дугласова пространства через задний свод.

операции оставляется тампон, введенный в полость малого таза, то, как выше было сказано, последний удаляется на 5-й день; иногда после его удаления ставится другой тампон, который удаляется затем через 2 суток. Вставание больной после влагалищного чревосечения разрешается при гладком течении на 12—14-й день. В это же время обычно назначают спринцевания влагалища под низким давлением с целью удаления выделений, которые обычно наблюдаются после таких операций.

#### Ход операции при задней кольпотомии

Операция эта производится с целью вскрытия дугласова пространства при скоплении в последнем гнойных экссудатов, а также при нагноившейся заматочной кровяной опухоли при нарушенной внематочной беременности (рис. 171).

лость, обнаженная передняя стенка матки захватывается пулевыми щипцами и низводится книзу — в рану.

Таким же способом отделяется слизистая оболочка влагалища сзади и вскрывается брюшина дугласова пространства.

При выведении матки так же, как и при брюшностеночном чревосечении, на круглую связку, трубу и яичниковую связку, если матка удаляется без придатков, и на тазово-воронковую связку и круглую, если матка удаляется вместе с придатками. Дополнительно накладывают зажимы, захватывающие маточную артерию и крестцово-маточные связки. Здесь, так же как и при брюшностеночном чревосечении, после наложения зажимов удаляется матка, и только тогда накладываются швы на сосуды. Швы обычно употребляются кетгутовые. Если после

После дез-  
спиртом вводят  
по бокам таки  
обнажить задн  
часто в таки  
выпяченным. Г  
захватывают за  
матки и от  
Слизистая об  
да надрезаетс  
перечном напр  
вводится остр  
цанг и прок  
влагалища. Ка  
проникнет в  
он немного ра  
ком раскрыто  
наружу. Дела  
расширить отв  
туда вставить  
с боковыми  
стока гноя (ри  
дренаж часто  
жать довольн  
время, пока  
деление гноя  
обычно предв  
действительн



а и б — пригото  
наж захвачен  
Кроме то  
как маточ  
кровотечен  
или неуд



После дезинфекции наружных половых частей и влагалища спиртом вводят два подъемника во влагалище и помещают внизу по бокам таким образом, чтобы обнажить задний свод, который часто в таких случаях бывает выпяченным. Пулевыми щипцами захватывают заднюю губу шейки матки и оттягивают кверху. Слизистая оболочка заднего свода надрезается скальпелем в поперечном направлении, в разрез вводится острый изогнутый корнцанг и прокалывается стенка влагалища. Как только корнцанг проникнет в дугласов карман, он немного раскрывается и в таком раскрытом виде извлекается наружу. Делается это с целью расширить отверстие, чтобы затем туда вставить дренажную трубку с боковыми отверстиями для стока гноя (рис. 172 и 173). Такой дренаж часто приходится держать довольно продолжительное время, пока не прекратится выделение гноя через трубку. Задней кольпотомии предшествует обычно предварительная пункция заднего свода с целью убедиться, действительно ли там имеется гной или скопившаяся кровь.

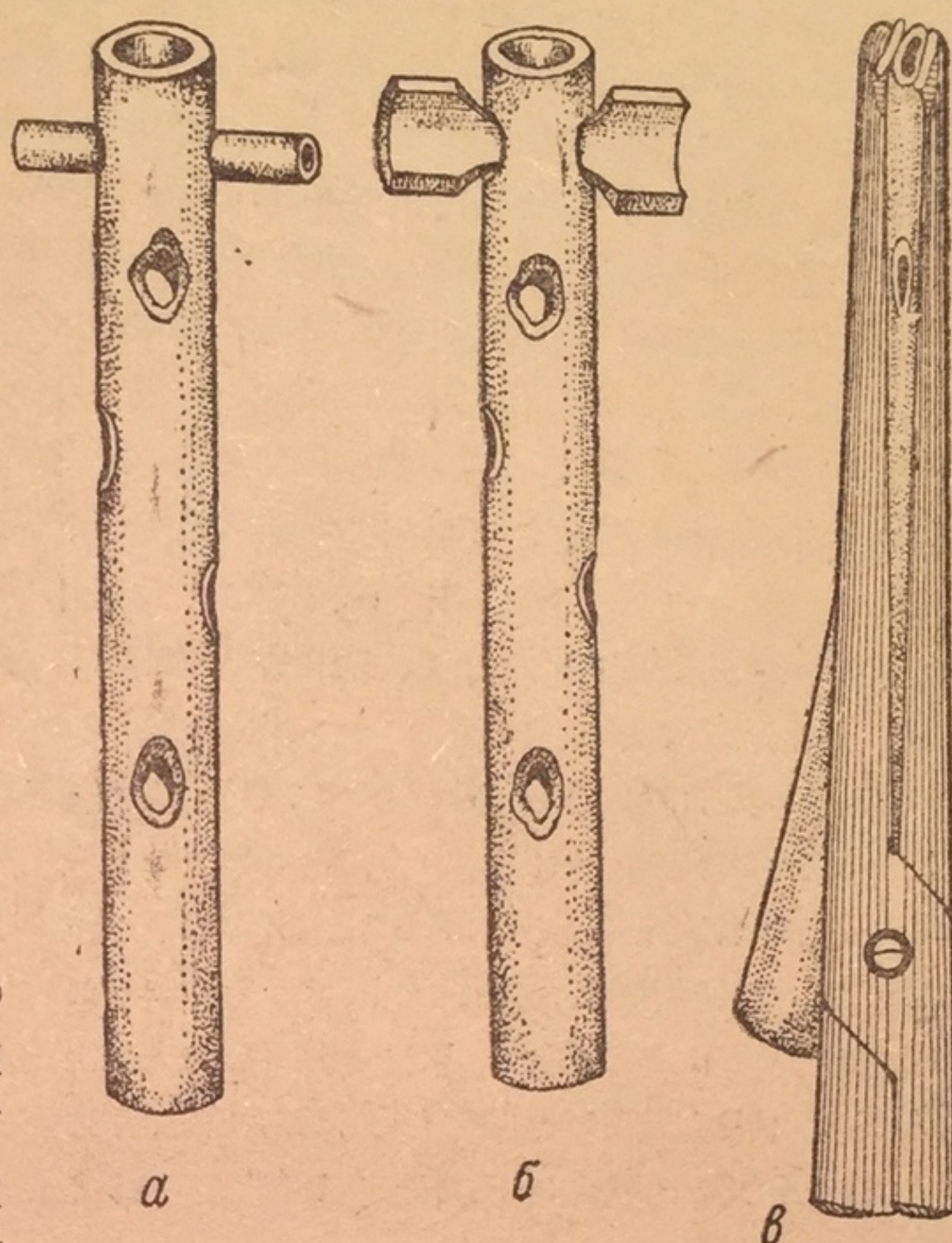


Рис. 172.

а и б — резиновые дренажные трубки; в — резиновый дренаж захвачен проводником.

Пункция производится тонким троакаром, к которому приставляется шприц для лучшей аспирации (высасывания) жидкости через троакар.

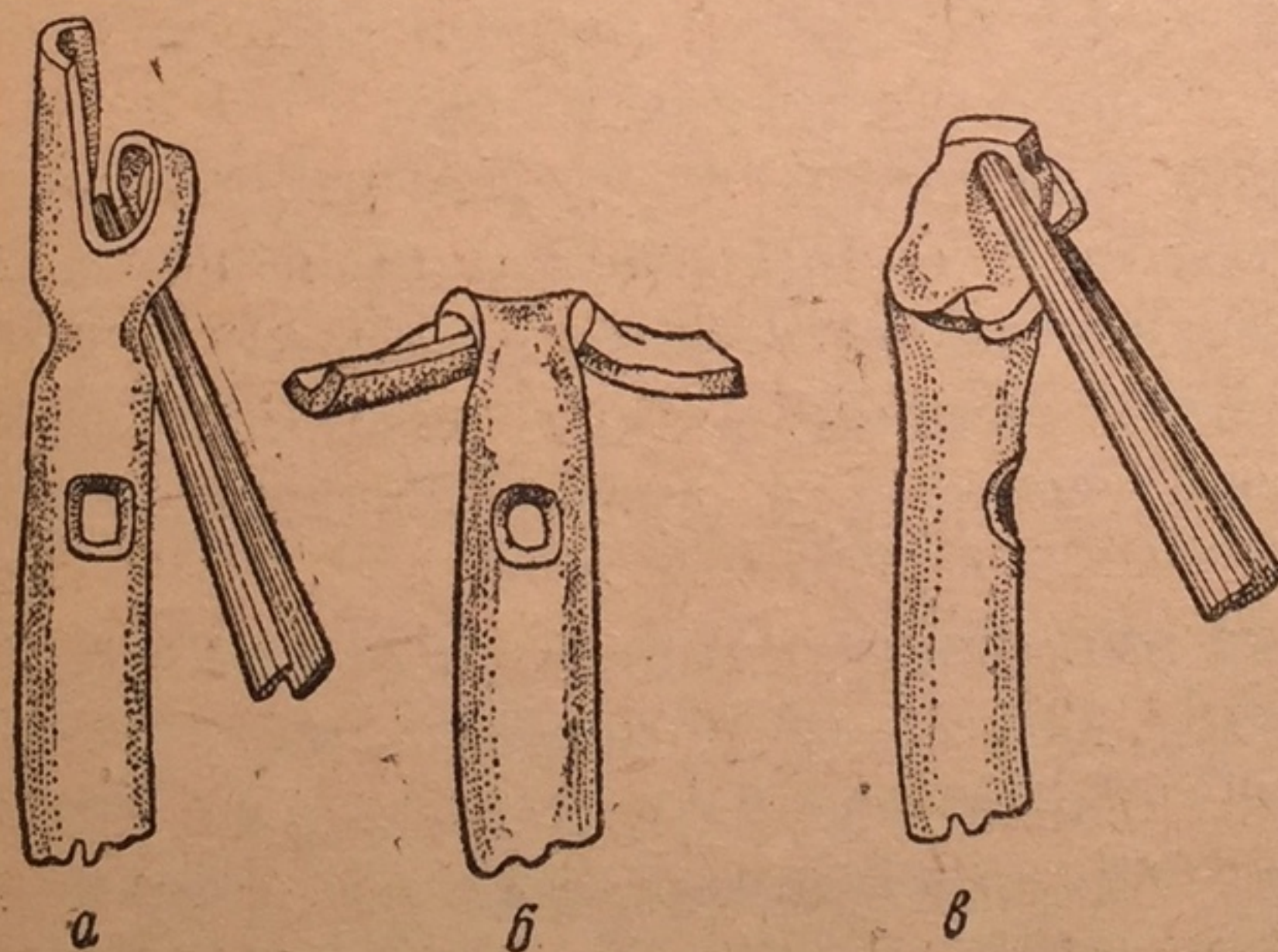


Рис. 173.

а и б — приготовление резинового дренажа; в — дренаж захвачен проводником для введения в рану.

### Выскабливание полости матки

Показанием к операции выскабливания являются чаще всего случаи маточных кровотечений, обусловленные заболеванием слизистой оболочки матки.

Кроме того, показанием к выскабливанию могут являться как маточные, так и шеечные полипы (вызывающие нередко кровотечения), остатки плодного яйца после неполного выкидыша или неудачно произведенного аборта (плацентарные полипы),



а также все случаи, когда возникает подозрение на наличие каких-либо злокачественных процессов, когда выскабливание производится с диагностической целью. Сюда же нужно причислить случаи выскабливания с целью прерывания беременности по медицинским показаниям. Подготовка больной ничем не отличается от описанной выше подготовки больной к влагалищным операциям.

Для операции выскабливания необходимо приготовить следующие инструменты: катетер, ложкообразное и плоское зеркала, подъемник, 2 пары пулевых щипцов, длинный пинцет, зонд с нарезкой для протирания канала шейки матки, маточный зонд с делениями, набор расширителей канала шейки матки от № 3 до № 12, корнцанг, абортцанг, тупые и острые кюретки различных размеров, спирт, йод, стерильные марлевые шарики. На всякий случай необходимо иметь длинный тампон, ибо может понадобиться тампонада матки.

Послеоперационный уход должен состоять в смене пузыря со льдом, в наблюдении за тем, чтобы по тем или иным причинам не появилось кровотечения (при наличии такового следует немедленно сообщить врачу), и выполнении других назначений врача. Кроме того, ежедневно два раза в день, утром и вечером, необходимо обмывать наружные половые части водой с мылом. Если послеоперационный период протекал без осложнений, вставать больной разрешается через 3 суток.

### Пластические операции

В гинекологической практике широко применяются пластические операции на влагалище, промежности и на шейке матки. Целью этих операций является устранение последствий травматических повреждений, нанесенных этим органам предшествующими родами. Так, эти операции на шейке матки производятся с целью устранения эктропиона слизистой оболочки цервикального канала в результате ее выворота на почве разрывов шейки.

При устранении выворота слизистой оболочки цервикального канала устраняются условия для ее эрозирования и связанные с этим последствия. В настоящее время в ряде случаев для устранения дефектов на шейке матки (эрозии, рубцы, вывороты) применяется с успехом диатермокоагуляция и диатермоэксцизия пораженных участков шейки.

Пластические операции на влагалище и промежности направлены к устранению опущений стенок влагалища и восстановлению разорванной промежности. Они заключаются в том, что сначала из передней стенки влагалища удаляется больший или меньший кусок слизистой оболочки в виде овального лоскута, после чего сначала сшивают мышцы и фасции промежности, а затем края слизистой оболочки.

Для зашивания промежности предложено много способов, но чаще всего эта операция производится по способу, заключающемуся в том, что из задней стенки влагалища вырезается лоскут слизистой оболочки треугольной формы с последующим наложением погружных швов на мышцы промежности и поверхностных — на слизистую оболочку влагалища и кожу промежности.



## Глава десятая

### НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ В ГИНЕКОЛОГИИ

#### Травматические повреждения женских половых органов

Повреждения *наружных половых частей* могут наблюдаться в виде ушибов с образованием гематом, подкожных кровоизлияний, сопровождающихся зачастую нарушением целостности кожи. В этих случаях вульва превращается в тугоэластическую опухоль темно-багрового цвета, напряженную и болезненную. Область клитора и малые губы обычно отечны. Мочеиспускание болезненно, иногда затруднено. Такие повреждения встречаются при случайных ушибах от падения на твердые и острые предметы. В сельских местностях наблюдаются ушибы, наносимые рогами домашних животных (быки, коровы, козы), причем часто образуются не только ушибы, но и рваные раны, иногда глубоко проникающие и задевающие влагалище, пузырь, прямую кишку.

*Лечение:* постельное содержание, компрессы на область вульвы из боровской жидкости или свинцовой примочки. При болях — свечи с белладонной, опиумом. Никогда не следует гематомы вскрывать во избежание кровотечений и нагноений их. Если же гематомы нагнаиваются сами, то их необходимо вскрыть и лечить, как всякий абсцесс (дренаж, перевязки). Все случаи обширных ранений с повреждением соседних органов требуют немедленной отправки больных в больницу для специальной хирургической помощи и профилактики столбняка.

Из других травматических повреждений приходится иметь дело с разрывами *гимена, слизистой влагалища*, с повреждениями *влагалищных сводов*, иногда проникающими в *клетчатку* и даже в *брюшную полость*, происходящими во время полового сношения.

Благоприятными условиями для возникновения таких повреждений могут быть: мясистый гимен, чрезмерная узость влагалища, хрупкость влагалищных стенок (рубцы, старческие атрофии, недоразвитие наружных половых органов), а также грубый *coitus*, особенно в ненормальном положении. Часто подобные повреждения сопровождаются обильными кровотечениями, иногда даже ведущими к смертельному исходу.

*Лечение* — хирургическое; наложение швов на разрывы, обкалывание кровоточащих сосудов или плотная тампонада стерильной



марлей, если почему-либо швы не могут быть наложены или рана сильно разможена. Опасность таких повреждений не ограничивается только кровотечениями, но сопровождается образованием в клетчатке флегмон, могущих вести к последующему перитониту и общему септическому заражению. Во всех сложных случаях лучше немедленно направить больную в больницу.

Повреждения, обусловленные родовым актом, также относятся к травматическим (разрывы шейки, влагалища, промежности). Меры борьбы с ними и лечение описываются в учебниках по акушерству, а потому здесь мы их касаться не будем.

Необходимо еще остановиться на повреждениях матки, имеющих место при производстве искусственного и главным образом подпольного аборта.

Если случаи прободения матки (перфорации), встречающиеся в лечебных учреждениях при производстве *искусственного* выкидыша, сравнительно редки и ввиду возможности принятия своевременных мер обычно оканчиваются благополучно, то, наоборот, повреждение матки при производстве выкидыша в несоответствующей обстановке почти как правило ведет к смертельному исходу от инфекции или к тяжелейшим осложнениям, оставляющим женщину на всю жизнь калекой. Подобные повреждения производятся бурами, спицами, гусиными перьями, гвоздями, деревянными и железными прутьями и т. п. Иногда такие повреждения не ограничиваются только маткой, но захватывают и соседние органы — мочевой пузырь, кишку. Лечение — только хирургическое. Во всех случаях тяжелых травматических поражений необходимо рано приступать к пенициллинотерапии.

### Внематочная беременность

Если имплантация оплодотворенного яйца происходит вне полости матки, то такая беременность называется внематочной, или эктопической.

По месту прикрепления яйца различают:

- 1) *трубную беременность*, если оплодотворенное яйцо прикрепляется в просвете трубы;
- 2) *яичниковую беременность*, если оплодотворение и имплантация происходят в лопнувшем фолликуле;
- 3) *брюшную беременность*, если яйцо имплантируется в брюшной полости, и
- 4) *беременность в рудиментарном* (добавочном) роге матки.

На практике приходится встречаться главным образом с *трубной* беременностью, все же остальные разновидности встречаются очень редко, и распознавание их происходит обычно только во время операции. В дальнейшем изложении мы будем касаться главным образом трубной внематочной беременности.

В зависимости от того, в какой части трубы имплантировалось яйцо, различают: *интерстициальную* трубную беременность,



истмическую (при имплантации яйца в перешейке трубы) и ампулярную (рис. 174).

Что касается причин возникновения трубной беременности, то таковыми могут быть:

1) воспалительные изменения в трубе, как то: петлевые изгибы, частичные сращения (атрезии) в просвете трубы, рубцовые изменения, возникшие на почве воспалительных процессов, и т. п.; все это создает препятствие для продвижения яйца в полость матки: оно задерживается и развивается в трубе;

2) инфантилизм внутренних половых органов, когда трубы длиннее нормальных, извилисты, с узким просветом. Яйцу при-

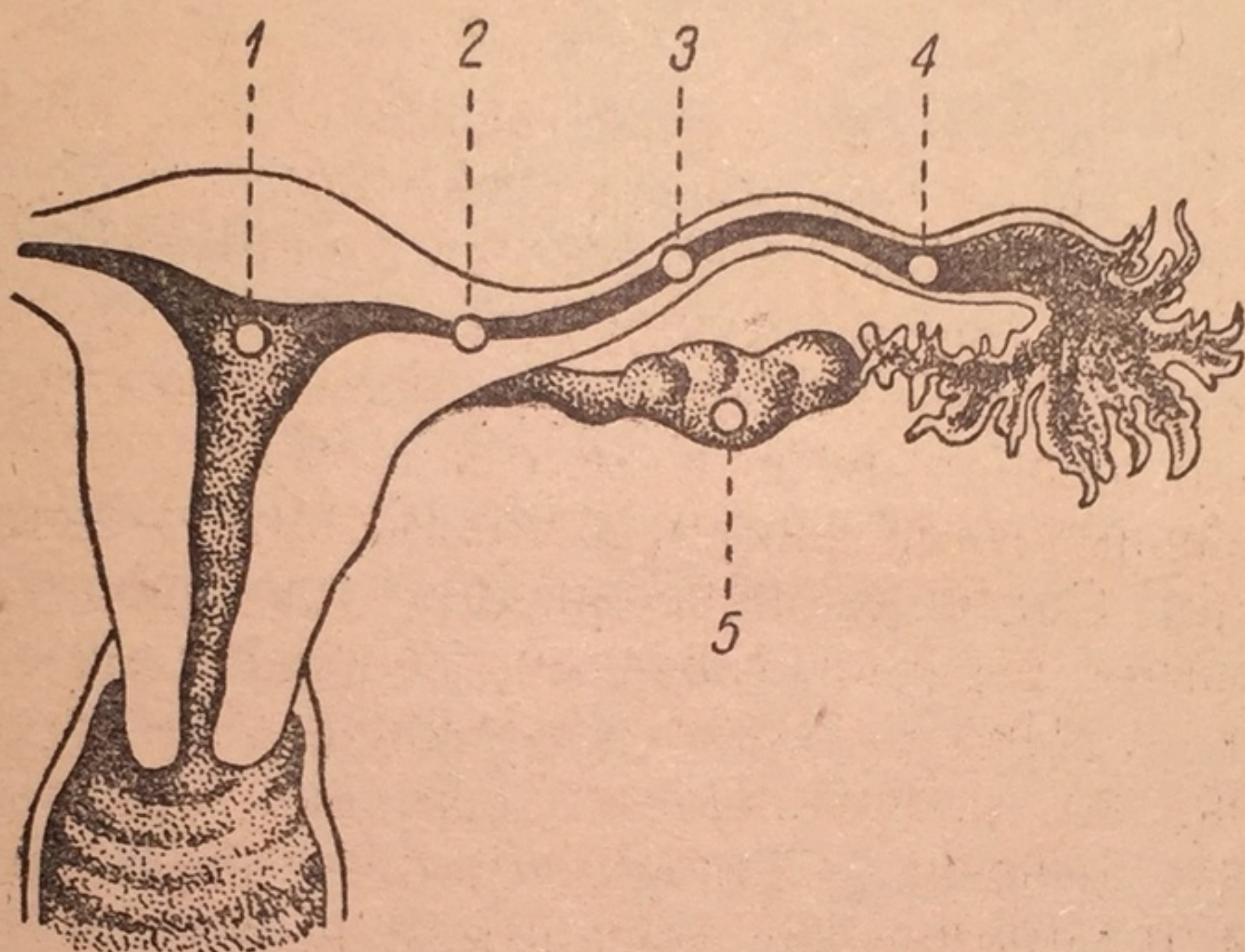


Рис. 174. Места имплантации яйца при внематочной беременности.

1 — нормальная имплантация яйца в полости матки; 2 — имплантация в интерстициальной части трубы; 3 — имплантация в узкой части (перешейке) трубы; 4 — в ампулярной части трубы; 5 — в яичнике.

ходится проходить в таких случаях более длинный и трудный путь, на протяжении которого оно и имплантируется. Сюда же следует отнести как одну из причин трубной беременности наличие добавочных труб и слепых ходов, в которые может попадать оплодотворенное яйцо, а также нарушение перистальтики трубы.

Трубная беременность чрезвычайно редко донашивается до конца. В громадном большинстве случаев она нарушается, причем чаще всего это нарушение происходит на *втором месяце*. Объясняется это тем, что слизистая оболочка трубы очень тонка, не имеет подслизистого слоя, благодаря чему ворсинки хориона проникают непосредственно в мышечный слой трубы и в конце концов его прорастают. Происходит, таким образом, «проедание» стенки трубы ворсинками, что неправильно называют «разрывом» трубы.

Переходя к *диагностике* внематочной беременности, нужно сказать, что она не всегда бывает легка, так как клиническое течение внематочной беременности крайне разнообразно в зависимости



от срока беременности, места имплантации яйца, а также от того, нарушена она или еще прогрессирует.

Случаи *ненарушенной* внематочной беременности диагностируются крайне редко. Происходит это потому, что вначале прогрессирующая внематочная беременность обычно не дает никаких субъективных симптомов, кроме тех, которые свойственны наступившей нормальной беременности.

Признаки, присущие прогрессирующей трубной беременности, могут выражаться в изменении формы и величины трубы, что зависит от развивающегося в ней плодного яйца, в появлении болевых ощущений в области таза. Однако нужно иметь в виду, что в ранних стадиях трубной беременности прощупать такую трубу не всегда возможно, так как только к концу второго месяца величина ее достигает размеров куриного яйца. Кроме того, на отчетливость исследования влияет состояние брюшной стенки, толщина жирового слоя последней, наполнение кишечника и другие случайные причины. Консистенция этого образования обычно мягкоэластическая вследствие заключенной в плодном яйце жидкости, благодаря чему контурировать его отчетливо часто не удается.

Наконец, даже если удастся определить вышеуказанные изменения в трубе, все же не может быть уверенности, что они зависят от развивающегося в ней яйца, а не являются результатом воспалительных изменений в придатках или наличия какой-либо опухоли. Вот почему в таких случаях чрезвычайно важно тщательно собрать анамнез с целью исключения тех или иных заболеваний.

Что касается специальных лабораторных исследований, как то: реакции оседания эритроцитов, определения лейкоцитоза, глюкозурии, реакции Ашгейма — Цондека, то хотя они и могут служить для дифференциальной диагностики между заболеванием придатков и беременностью, но не дают никаких опорных пунктов для решения вопроса о том, где эта беременность развивается — в трубе или в матке.

Диагностика затрудняется еще тем обстоятельством, что в случаях внематочной беременности матка до третьего месяца продолжает увеличиваться соответственно сроку беременности за счет утолщения мышечной стенки и развития в полости матки децидуальной оболочки, и только с третьего месяца матка начинает отставать в росте, в то время как плодное яйцо, развивающееся в трубе, достигает к концу двенадцатой недели величины гусиного яйца.

Ввиду тех затруднений, которые встречаются при постановке диагноза прогрессирующей внематочной беременности, нужно принять за правило, что в случаях, подозрительных на трубную беременность, больную лучше всего направить для наблюдения в стационар, где могла бы быть оказана немедленная помощь, если этот диагноз будет подтвержден.

Гораздо чаще приходится наблюдать случаи *нарушенной* внематочной беременности. Уже по чисто механическим причинам



(незначительная толщина стенки трубы) трубная беременность обычно не развивается дольше нескольких недель и, следовательно, быстро заканчивается. Происходить это может двояким путем: либо стенка беременной трубы проедается ворсинками — так называемый разрыв трубы (рис. 175), причем возникает кровотечение в свободную брюшную полость, либо плодвместилище вскрывается в просвет трубы, и яйцо выталкивается через воронку трубы частично или

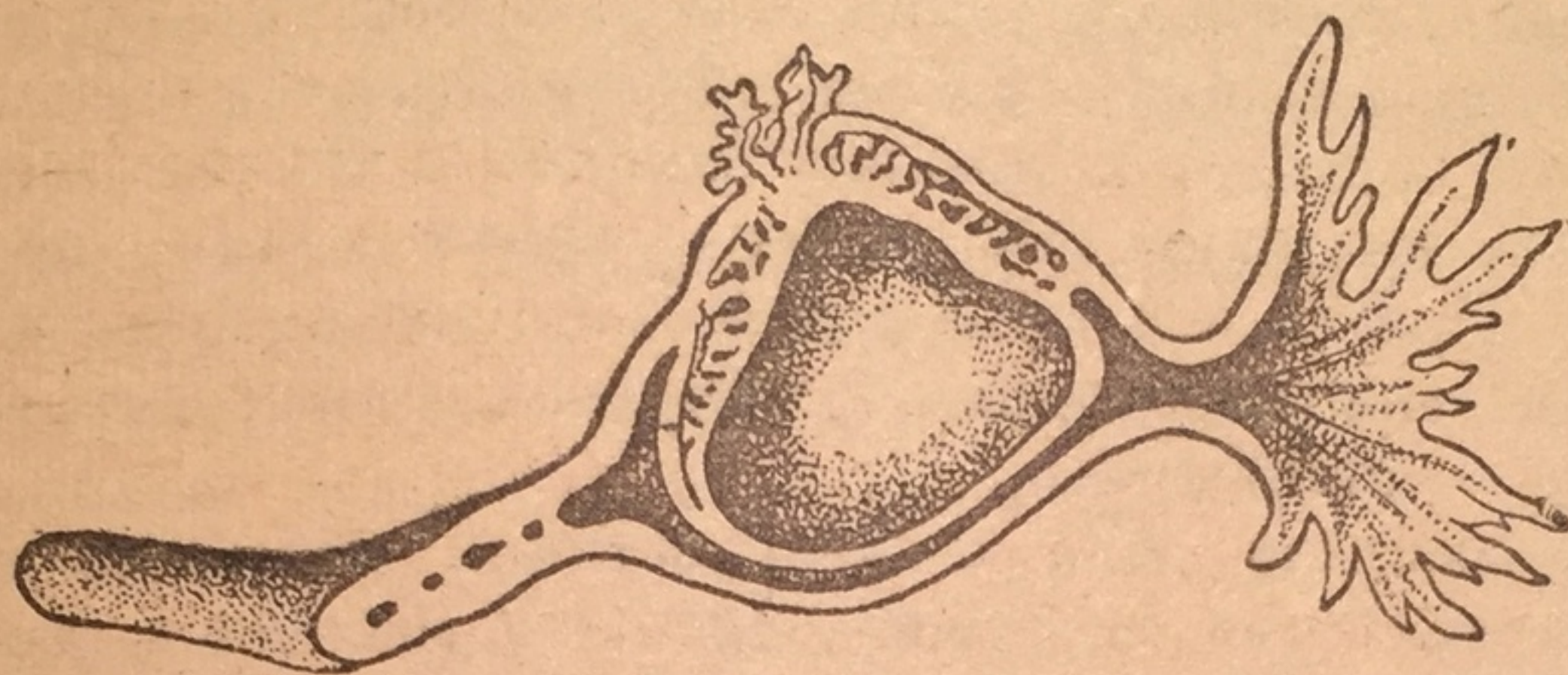


Рис. 175. Трубная беременность; разрыв трубы.

полностью в брюшную полость — трубный выкидыш (рис. 176). При этом также возникает кровотечение: кровь через воронку трубы попадает в дугласово пространство, а при обильном кровотечении — в брюшную полость.

Разрыв трубы распознать сравнительно нетрудно, так как обычно это сопровождается симптомами тяжелой кровопотери и кровоизлияния в брюшную полость. Общие симптомы заключаются в явлениях шока и внутреннего кровотечения: внезапном головокружении, обмороке, бледности кожных покровов и слизистых оболочек, похолодания конечностей и кончика носа, явлениях асфиксии, падении пульса и кровяного давления, зевоте (как проявлении кислородного голодания) и т. п. Температура обычно нормальная или даже ниже нормы. Местные явления сводятся к напря-



Рис. 176. Трубная беременность; трубный выкидыш.

жению и чувствительности брюшных стенок вследствие раздражения брюшины излившейся кровью, что в свою очередь обуславливает положительный симптом Щеткина—Блюмберга (болезненность при быстром отнятии пальпирующей руки от брюшной стенки). При перкуссии констатируется притупление в отлогих частях живота. Внутреннее исследование не дает отчетливого представления о состоянии матки и придатков, поскольку они окружены излившейся кровью.



Кровотечения из наружных половых частей может и не быть, а если оно имеется, то носит характер мажущих выделений вследствие отслойки децидуальной оболочки из полости матки. С точки зрения дифференциальной диагностики необходимо исключить возможность внутреннего кровотечения из других органов, а также прободной перитонит на почве язвы желудка и кишок, аппендицит, вскрывшийся в брюшную полость пиосальпинкс. В таких случаях удастся подойти к правильному диагнозу на основании тщательно собранного анамнеза, состояния температуры, пульса, результатов исследования крови, реакции оседания эритроцитов и местных явлений. Учтя все это, подходят к решению вопроса о том, выступают ли на первый план признаки внутреннего кровотечения или признаки перитонита. Правда, и в том и в другом случае оперативное пособие является жизненно необходимым, и больная должна быть немедленно направлена в стационар.

Труднее обстоит дело с диагностикой *трубного выкидыша*. В тех случаях, когда мы имеем задержку месячных, кровянистые выделения из матки, схваткообразные боли внизу живота с той или другой стороны, увеличение и размягчение матки, синюшность слизистой оболочки влагалища и опухоль в области придатков продолговатой формы и изменчивой консистенции, подвижную и почти безболезненную при ощупывании, — диагноз трубного выкидыша почти не вызывает сомнения.

Если к тому же из матки извергается кусочек ткани, по форме представляющий слепок полости матки (*decidua graviditatis*), то это еще больше подтверждает диагноз. Поэтому при исследовании всегда нужно тщательно осматривать извлеченные из влагалища сгустки, среди которых может находиться если не вся, то отдельные кусочки децидуальной оболочки; в сомнительных случаях их необходимо отправить в лабораторию на исследование.

При осмотре больной необходимо обращать внимание на окраску кожи и склер, так как наличие желтушной окраски говорит о внутреннем кровотечении. При отсутствии некоторых из перечисленных признаков, а также в тех случаях, когда они выражены недостаточно отчетливо, диагноз может колебаться между внематочной беременностью и угрожающим абортom при наличии воспалительной опухоли придатков. Такие случаи, не сопровождающиеся обычно значительным внутренним кровотечением, часто требуют длительного стационарного наблюдения.

Особенно осложняется диагноз в тех случаях внематочной беременности, когда больная делала попытки прервать беременность теми или иными средствами или было произведено выскабливание при нераспознанной внематочной беременности. Наконец, нужно иметь в виду, что, хотя и редко, но бывают случаи, когда одновременно развивается и маточная и внематочная беременность.

Если трубный выкидыш протекает таким образом, что плодное яйцо отслаивается постепенно, захватывая небольшие участки,



и кровоизлияние при этом невелико, то происходит накопление крови между плодместилищем и стенкой трубы. На этой почве возникает часто слипчивое воспаление в области воронки трубы, а затем и заращение абдоминального конца последней. Отделившееся таким образом от своего ложа плодное яйцо дальше уже не может развиваться и погибает. Образуется кровяная опухоль трубы (гематосальпинкс). В дальнейшем излившаяся в трубу кровь свертывается, образуя сгусток, который постепенно начинает организовываться, прорастает соединительной тканью, давая в конечном итоге так называемый *мясистый занос* (*mola carposa*).

Если при трубном выкидыше через абдоминальное отверстие трубы в полость малого таза изливается значительное количество крови, то последняя скопляется в дугласовом пространстве, образуя *заматочную кровяную опухоль* (*haematocoele retrouterina*). При внутреннем исследовании в таких случаях мы получаем обычно следующие данные: задний влагалищный свод выпячен, матка оттеснена кверху и кпереди, консистенция образования, расположенного за маткой, мягкоэластическая, подвижность отсутствует, верхняя граница расплывчата. Если произвести перкуссию внизу живота, то перкуторная граница не совпадает с границей, определяемой пальпацией, а стоит ниже на один-два поперечных пальца. Зависит это от того, что поверх заматочной кровяной опухоли лежат спаявшиеся между собой и с сальником петли кишок, которые и дают при перкуссии тимпанит.

С точки зрения дифференциальной диагностики заматочная кровяная опухоль иногда может быть смешана с экссудативным пельвеоперитонитом. Образование последнего связано с иной клинической картиной, описанной уже в соответствующей главе. В сомнительных случаях может быть произведена пробная пункция через задний свод с целью определения характера жидкости.

Судьба заматочной кровяной опухоли может быть различной. Рассасывается она редко вследствие того, что по наружной ее поверхности обычно образуется довольно плотная капсула, состоящая из густой сети фибрина. Если попадает инфекция, то происходит нагноение опухоли; тогда показана кольпотомия, для того чтобы дать сток образовавшемуся гною.

Что касается терапии внематочной беременности, то в настоящее время можно считать общепринятым положение, согласно которому всякая распознанная внематочная беременность подлежит оперативному удалению.

Так как в абсолютном большинстве случаев приходится иметь дело с нарушенной трубной беременностью, то оперативное вмешательство состоит в удалении путем чревосечения трубы с последующей перевязкой идущих к ней сосудов и перитонизацией оставшейся культи круглой связкой.

Если беременность располагается в интерстициальной части трубы, то приходится делать резекцию этого участка вместе с ча-



стью мышечной стенки матки с последующим наложением на получившийся дефект швов.

При заматочной кровяной опухоли, особенно если случай давний, при оперативном вмешательстве могут встретиться затруднения вследствие спаек и сращений между образующейся вокруг кровоизлияния фибринозной капсулой и близлежащими органами. При нагноившейся заматочной кровяной опухоли брюшностеночный путь является рискованным, и оперативное вмешательство обычно в таких случаях заключается во вскрытии заднего свода через влагалище и дренировании дугласова пространства с помощью толстой дренажной резиновой трубки (стр. 307).

С излившейся в брюшную полость кровью поступают различно.

Мы обычно сгустки удаляем рукой, жидкую кровь, если она мешает при операции, удаляем путем погружения в брюшную полость больших марлевых тампонов. Некоторые эту кровь собирают, фильтруют через 8 слоев марли, смешивают с 5% раствором лимоннокислого натрия и вливают больной в вену с целью восполнить кровопотерю. Во время операции по поводу нарушенной внематочной беременности все должно быть готово для переливания крови, которое может потребоваться, пока больная находится еще на операционном столе. В послеоперационном периоде больная должна быть уложена в теплую постель без подушки, с приподнятым ножным концом кровати, обложена грелками и находится под непрерывным наблюдением сестры. В целях восполнения потерянной крови мы обычно назначаем таким больным небольшие ректальные клизмы из физиологического раствора и глюкозы (по 50 мл через каждый час). В случаях обильных кровопотерь для борьбы с обезвоживанием организма производятся повторные вливания физиологического раствора или, что еще лучше, делается капельная клизма из физиологического раствора с глюкозой. При соответствующих показаниях должно быть произведено переливание крови.

### Перекручивание опухоли

Одним из сравнительно частых и грозных осложнений подвижных опухолей является перекручивание их ножки.

Субсерозные фиброматозные узлы, сидящие на ножке, подвергаются перекручиванию очень редко. Гораздо чаще это случается с придатковыми опухолями, в частности с кистами яичников, имеющими длинную ножку.

Действительная причина перекручивания ножки не установлена, но некоторые объяснения этому явлению существуют. Прежде всего перекручивание наступает обычно тогда, когда опухоль, достигнув известной величины, не помещается в малом тазе и выходит в большой таз и брюшную полость, т. е. становится более подвижной. Опухоли, имеющие длинную ножку, перекручиваются чаще, чем опухоли, имеющие короткую и широкую ножку. Способствующими



перекручиванию ножки моментами могут являться кишечная перистальтика, неравномерный рост опухоли, изменение внутрибрюшного давления, травмы, беременность.

Перекручивание может происходить или внезапно, причем все явления в таких случаях развиваются чрезвычайно бурно, или же оно происходит постепенно, очевидно в силу того, что в этих случаях не происходит ни резкого нарушения кровообращения, ни нарушения питания опухоли.

**Признаки** острого перекручивания ножки довольно характерны. Внезапно появляются резкие нарастающие боли, часто сопровождающиеся тошнотой и рвотой. Живот становится напряженным, появляется метеоризм (вздутие) вследствие задержки стула и газов. Пульс становится частым и малым. Все вышеописанное является результатом раздражения брюшины, а вся картина напоминает шок, подобно тому как это наблюдается, например, при ущемленной грыже, почечной колике и т. п. Острое перекручивание ножки сопровождается всегда увеличением опухоли за счет венозного застоя, образующегося от сдавления вен, проходящих в ножке опухоли. При этом часто происходят кровоизлияния в толщу опухоли вследствие разрыва мелких капилляров. Иногда подобные кровоизлияния бывают настолько велики, что сопровождаются признаками внутреннего кровотечения, как то: обморочное состояние, общая бледность, падение пульса, похолодание конечностей и т. д.

Если перекручивание продолжается, то сдавливаются не только вены, но и приводящие кровь артерии, и благодаря прекращению подвоза артериальной крови опухоль омертвевает, может подвергнуться нагноению, гнилостному разложению (вследствие попадания микробов из кишечника) и вести к смертельному перитониту, если не будет своевременно оказано оперативное пособие.

**Диагноз** перекручивания опухоли ставится на основании приведенных выше симптомов. При внутреннем исследовании обычно удается прощупать опухоль, исходящую из малого таза, хотя при остром перекручивании данные исследования могут быть весьма неотчетливы вследствие резкой болезненности живота.

В острых случаях, пока не успело произойти нагноение и омертвление опухоли, температура у больных обычно нормальна или субфебрильна. Большое значение имеют анамнестические данные, особенно если больная знала раньше о существовании у нее опухоли. Иногда больные указывают, что опухоль, которую они сами раньше прощупывали, вдруг сразу выросла в связи с развитием вышеупомянутых симптомов.

**Лечение** перекрученной кисты может быть только оперативным, и исход операции будет тем лучше, чем она раньше произведена. Отсюда понятно, что раннее распознавание и своевременное направление больной в лечебное учреждение являются чрезвычайно важными моментами для успешного исхода операции.



## Неотложная помощь при маточных кровотечениях

Матка из всех органов человеческого тела является самым частым источником кровотечений. Помимо кровотечений, связанных с беременностью, родовым актом и послеродовым периодом, маточные кровотечения, как мы уже видели раньше, могут быть обусловлены как местными процессами в матке (особенно в эндометрии), так и общими заболеваниями женского организма. Выяснение причин маточных кровотечений не всегда легко и требует большого опыта, знаний и нередко специальных методов исследования. Поэтому больные, обращающиеся к лицам среднего медицинского персонала по поводу маточных кровотечений, должны направляться для установления диагноза к врачу-специалисту. Однако бывают случаи, когда внезапно наступившие кровотечения становятся настолько обильными, что угрожают жизни. В таких случаях нужно уметь оказать больной неотложную помощь до прибытия врача или транспортировки больной в лечебное учреждение.

Вне беременности такие угрожающие кровотечения чаще всего наблюдаются в периоде полового созревания женщины (ювенильные кровотечения), а также в пременопаузальном и климактерическом периодах. Эти кровотечения, наиболее тяжелые по своему течению, являются обычно и самыми трудными для диагноза, так как зависят от расстройств функции целого ряда систем и органов.

В зрелом возрасте опасные для жизни кровотечения обычно бывают связаны с беременностью (в частности при неполном выкидыше) и с наличием опухолей матки (субмукозные фибромиомы). В возрасте климактерическом и постклимактерическом такие кровотечения часто обусловлены развитием злокачественных опухолей.

В основе лечения указанных кровотечений должно, конечно, лежать устранение причинных моментов, но экстренная доврачебная помощь больной может быть оказана выполнением ряда мероприятий консервативного характера. К таковым можно отнести следующие: 1) применение кровоостанавливающих (эрготин, питуитрин, хлористый кальций), 2) тампонада влагалища, после чего больной придается положение с приподнятым ножным концом кровати для устранения анемии мозга и сердца.

Нужно помнить, что при сильных степенях анемии прекрасным кровоостанавливающим средством, повышающим шансы на благоприятный исход операции (если таковая потребуется), является переливание крови.

Тампонада влагалища производится следующим образом: после тщательной дезинфекции рук у больной выпускается моча и затем производится подготовка наружных половых частей и влагалища так же тщательно, как к любой влагалищной операции (стр. 286).

Затем  
(в виде д  
а затем б  
водить дл  
сводятся  
живота к  
Тампо  
он должен  
быть бе  
При с  
порта бо  
врача.



Затем влагалище обнажают зеркалами, и стерильным тампоном (в виде длинной и узкой полоски) туго тампонируют все своды, а затем более рыхло и влагалище. Тампонаду лучше всего производить длинным пинцетом. По окончании тампонады ноги больной сводятся вместе и связываются в коленях полотенцем. На низ живота кладется тяжесть (мешок с песком).

Тампон держится не дольше 12, максимум 24 часа, после чего он должен быть сменен. При подходящих условиях больная должна быть бережно транспортирована в лечебное учреждение.

При сильных степенях анемии и отсутствии удобного транспорта больная после тампонады оставляется на месте до прихода врача.

---



## Глава одиннадцатая

### ГИГИЕНА ЖЕНЩИНЫ

#### ГИГИЕНА ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА

Говоря о развитии женских половых органов, мы уже указывали, что оно не заканчивается к моменту рождения ребенка, а продолжается в дальнейшем вплоть до наступления половой зрелости.

Поэтому при рождении ребенка забота о нем должна заключаться как в обеспечении условий для правильного его развития, так и в оберегании, в частности, его половых органов от проникновения инфекции. Неправильности в развитии ребенка, ранняя инфекция половых органов — все это может отрицательно сказаться в дальнейшем на способности женщины к деторождению. Если говорить о гигиене женщины, то проводить гигиенический режим следует с самого первого дня жизни девочки.

Не касаясь ухода за новорожденной девочкой вообще, отметим лишь гигиенические предписания, которые должны быть соблюдаемы в отношении половых органов.

Половые органы новорожденной требуют регулярной очистки в виде тепловатых обмываний наружных половых частей, так как в первые дни жизни они, почти как правило, находятся в состоянии катарра, зависящего от слущивания поверхностных слоев эпителия (десквамативный катарр), смачивания наружных половых частей, а также выделения тягучей слизи, которая всегда имеется у новорожденных.

При очистке наружных половых органов нужно избегать излишнего трения этой области, чтобы не вызвать поражения нежной кожи и тем самым не способствовать проникновению микроорганизмов в глубь тканей. Особенно тщательно нужно следить за тем, чтобы при удалении в области заднего прохода остатков испражнений последние не были занесены на наружные половые органы и во влагалище, для чего ребенка нужно вытирать мягкой тряпочкой спереди назад, а не наоборот, в противном случае попавшие из прямой кишки микробы вызовут воспаление наружных половых органов. Кроме того, необходимо ребенка чаще подмывать водой с мылом.



Иногда у новорожденных, как это указывалось выше, наблюдаются небольшие кровянистые выделения из половых частей; источником выделений является слизистая оболочка матки, которая у новорожденных находится в состоянии гиперемии, напоминая предменструальное состояние слизистой оболочки матки взрослой женщины. Объясняют эти кровотечения влиянием гормонов плаценты, которые переходят от матери к плоду. Лечение никакого не требуется, и через несколько дней эти кровянистые выделения прекращаются. Значительно чаще (у 80—90% новорожденных) наблюдается нагрубание молочных желез, из которых выделяется жидкость, похожая на молозиво. Ни в коем случае не следует сдавливать набухшие железы с целью выжимания этого молозива, чтобы не травмировать ткань желез и не внести инфекции. Секрция обычно быстро прекращается без всякого лечения.

Особенное внимание следует уделить обереганию новорожденных от гонококковой инфекции. Заражение может иметь место от больных матерей, от ухаживающих за ребенком лиц через губки, белье, общую постель, если ребенок спит вместе со взрослыми, или инфекция заносится плохо вымытыми руками лиц, больных гонореей. Очень редко заражение половых органов новорожденной возникает при прохождении через родовой канал матери подобно тому, как это наблюдается в отношении заражения глаз.

К счастью, инфекция обычно ограничивается у маленьких девочек только наружными половыми органами, не распространяясь на вышележащие (матку, трубы, брюшину), но даже если заболевание ограничивается только преддверием влагалища, оно может вести к тяжелым последствиям.

Под влиянием воспалительного процесса изъязвившиеся поверхности срамных губ или стенки влагалища иногда срастаются, что ведет к сужению или в некоторых случаях даже к полному заращению входа во влагалище. Вначале это ничем не дает себя знать, но с наступлением половой зрелости ведет к целому ряду функциональных расстройств: к скоплению во влагалище менструальной крови, неспособности к половой жизни и т. п.

Если у матери имеется гоноррея, профилактически можно советовать тотчас после родов девочки ввести между половыми губами 5% раствор протаргола. Если же заражение уже наступило, то ребенок немедленно должен быть направлен для лечения к опытному специалисту.

Из сказанного явствует, что в целях предохранения ребенка от заражения гонореей следует соблюдать тщательную чистоту рук ухаживающих за ним лиц; ребенок должен иметь отдельное белье и отдельную постель.

Должно быть обращено особое внимание на то, что недопустимо детям спать на одной кровати со взрослыми. Медицинский персонал всюду должен указывать на те опасности, которые могут быть следствием этой плохой привычки.

В дальнейшем, по мере роста и развития ребенка, необходимо следить за его правильным питанием, особенно настаивая на кормлении грудью в целях предупреждения развития рахита, который может оставить неизгладимые следы на всем костном скелете вообще и женском тазе в особенности. Правильное грудное кормление с прибавлением витаминов, которые даются ре-



бенку, начиная с 3-го месяца сперва в виде соков, а затем (с 6 месяцев) в виде овощей, достаточное пребывание на свежем воздухе, главным образом на солнце, телесные движения, легкая, нестесняющая одежда, частая смена белья обеспечивают правильное развитие ребенка.

Если же, несмотря на проведение всех гигиенических предписаний, у ребенка все-таки развивается рахит, то следует предпринять ряд мер, чтобы он не оставил пагубных для женщины следов. Так, не следует заставлять ребенка рано ходить, чтобы не обременять костей таза, рахитичных детей не нужно рано сажать, а при ношении на руках следует брать попеременно то на правую, то на левую руку, чтобы избежать неправильного развития таза.

В дальнейшем развитии девочки, по мере вступления ее в школьный период, заботы о ней должны заключаться в правильном питании, уходе за телом и физическом развитии. Пребывание на свежем воздухе, ритмические движения, подвижные игры, прогулки, неутомительные экскурсии — все это способствует укреплению мышц, усилению аппетита, хорошей вентиляции легких и правильному кровообращению. Нужно помнить, что физкультура может принести пользу девочке-подростку в том случае, если упражнения и тот или иной вид спорта будут согласованы с силами растущего организма. Упражнения, требующие чрезмерной затраты мускульной силы, не могут считаться полезными.

Недопустимой с точки зрения женской гигиены является тяжелая физическая работа. Советское законодательство запрещает тяжелую физическую работу подросткам и тем самым охраняет здоровье женщины. Труд подростков строго охраняется на фабриках, заводах и других предприятиях. Коллективизация сельского хозяйства, широкое развитие ясельной и родильной сети позволили изжить наблюдавшиеся ранее нарушения охраны труда подростков в деревне, где, как известно, в условиях индивидуального хозяйства девочки 12—14 лет, как правило, широко привлекались, наряду со взрослыми, к полевым работам, требующим большой затраты мышечной силы и напряжения. Кроме того, в условиях бытовой обстановки нередко можно было встретить 6—7-летнюю девочку, которая нянчила своих годовалых братьев и сестер, нося их на руках, что вело к обременению ее таза, к неправильному его развитию, особенно если имелись рахитические изменения. Чрезмерное повышение внутрибрюшного давления, которое при этом неизбежно вело к смещению и неправильным положениям матки, вызывало впоследствии ряд заболеваний. От этого страдало не только общее физическое развитие девочек, но и развитие и функция их половых органов.

## ГИГИЕНА ПОДРОСТКА И ВЗРОСЛОЙ ЖЕНЩИНЫ

### Общегигиенический режим

Гигиенический режим женщины должен заключаться прежде всего в правильном чередовании работы с достаточным отдыхом. В наших условиях это особенно важно, так как нет почти ни одной отрасли труда, в которой женщина не принимала бы участия.



Перед нами встают новые задачи, сводящиеся к изучению влияния различных профессий на организм женщины и устранению причин, которые могли бы неблагоприятно повлиять на функцию ее половых органов.

Вот почему вопрос о создании благоприятных условий труда и быта, которые могли бы гарантировать женщине возможность участия в производственной, общественной и политической жизни страны, имеет особенно важное значение и обеспечивается в нашем Союзе целым рядом государственных мероприятий по охране женского труда. Закономерно поэтому то большое внимание, которое теперь уделяется физическому развитию женщины (физкультура). Лозунг — из душных комнат на свежий воздух и солнце — не замедлил претвориться в жизнь. Женщина является активной участницей различных видов спорта.

Виды спорта должны выбираться такие, которые соответствовали бы физической силе женщины, не вызывая слишком большого напряжения или переутомления.

Экскурсии, свободные телесные движения в соединении с воздушными ваннами, подвижные игры, неустойчивая езда на велосипеде, теннис, баскетбол, катание на лыжах, санках, коньках, плавание, в умеренном количестве гребной спорт — вот те виды спорта, которые при правильной дозировке способствуют развитию женщины. Женщины, занимающиеся спортом, получают хорошую закалку, развивается выносливость, смелость, стойкость; они всегда оживлены, веселы, жизнерадостны. Нужно, однако, помнить, что злоупотребление спортом действует на женщину в обратном направлении, вызывая у нее переутомление, вялость, плохую сопротивляемость, быстрое утомление.

Необходимо здесь же коснуться ухода за кожей.

Чрезвычайно важное значение для организма правильной функции кожи явствует из того, что она не только защищает тело от внешних вредностей, но и осуществляет терморегуляцию организма, а также газообмен между кровью и воздухом вследствие развития в ней густой сети капилляров. Кроме того, кожа является органом осязания.

Для нормального осуществления своих функций кожа должна быть нежной, мягкой и эластичной. Она должна быть, кроме того, приспособлена к движению мышц. Важную роль играет правильная функция сальных и потовых желез кожи, так как вырабатываемое железами сало придает ей эластичность и блеск, защищает ее от вредных влияний окружающей внешней среды. Потовые железы регулируют процессы теплообмена.

Чтобы кожа могла правильно осуществлять все вышеперечисленные функции, за ней должен производиться соответствующий уход, который заключается в устранении всякого рода загрязнений. Кожные выделения из сальных и потовых желез, скопляясь на поверхности кожи, смешиваются с пылью из окружающей среды, часто закупоривают выводные протоки желез и требуют поэтому частой и достаточно радикальной очистки. Вследствие того, что кожные выделения жирны, очистку их лучше всего производить горячей водой, а для этого необходимо принимать общие ванны.



Горячая вода способствует расширению кожных сосудов и приливу крови из глубоких отделов. После теплой ванны рекомендуется прохладный душ для сокращения расширенных кожных сосудов. Горячие ванны или теплые обмывания всего тела с мылом следует делать не менее 6—8 раз в месяц, а в промежутки между ними производить холодные обтирания всего тела, что чрезвычайно благоприятно влияет на организм, так как холодная вода способствует более энергичному кровообращению и дыханию, действует укрепляющим образом на нервную систему, способствует закалке организма в целом.

Холодные обтирания необходимо производить утром, сразу после сна, а еще лучше после гимнастики, так как тогда кожа обильно снабжена кровью, находящейся в ее капиллярах; будучи вытеснена из них под влиянием кратковременного воздействия холода на сосуды, кровь будет способствовать столь полезному обмену веществ в организме. В летнее время холодные обтирания с успехом заменяются купаньем в реке или в море в сочетании с солнечными ваннами. Холодные обтирания и купанье должны производиться не сразу после еды, а только через 2—3 часа после последнего приема пищи. Не следует мыться теплой водой, так как теплая вода, не вызывая здорового раздражения кожи, способствует развитию вялости и усталости.

Пища, необходимая для построения тканей, возмещения их затрат и поддержания различных функций организма, должна состоять из легко усвояемых питательных веществ, в состав которых в определенных пропорциях входят вода, соли, белки, углеводы и жиры.

Кроме этих основных веществ, в питание должны вводиться еще и *витамины*, которые, не принимая непосредственного участия в построении тканей и соков организма, играют роль специальных биологических возбудителей. Отсутствие витаминов в пище ведет к целому ряду расстройств в обмене веществ, вызывая рахит, цынгу, бери-бери и др. Организм животных и человека черпает витамины из растений.

Следует избегать всяких пряностей, острых раздражающих веществ, так как они вызывают раздражение желудочнокишечного тракта и гиперемии тазовых органов. Особенно отрицательно нужно относиться к алкоголю во всех его видах. Погрешности в питании ведут к нарушению функции кишечника, особенно толстых кишок.

Чаще всего приходится бороться с *запорами*. Нерегулярное питание (не в одни и те же часы), сидячий образ жизни, недостаточность телесных движений способствуют развитию запоров. Часто запоры начинаются в детском возрасте, особенно в школьном, когда девочки проводят по несколько часов в школе, зачастую не опорожняя своевременно кишечника (торопятся в школу, стесняются выйти из класса).

Запоры способствуют развитию застойной гиперемии в венах тазовых органов, что может оказать влияние на менструальную функцию (неправильные месячные, дисменоррея), вести к неправильностям в положении матки, так как переполненная каловыми массами прямая кишка отодвигает шейку матки кпереди, а тело матки по закону рычага отклоняется кзади. Переполненный и несвоевременно опорожняемый мочевой пузырь также вызывает смещение матки кзади.

Если такое отклонение матки кзади повторяется часто в течение продолжительного времени, то отток венозной крови по широким



связкам затруднен вследствие перегиба и сдавления проходящих в толще их вен. Мышечная стенка матки вследствие этого приходит также в состояние застойной гиперемии и теряет свою упругость. Всякое повышение внутрибрюшного давления только способствует удержанию матки в состоянии ретрофлексии, которая вызывает сначала определенные анатомические изменения в тканях матки, а затем рано или поздно сказывается появлением определенных болезненных симптомов: болей в крестце, пояснице, расстройств менструаций и т. п.

Кроме того, запоры часто способствуют заболеванию аппендицитом и проктитом, которые в свою очередь благодаря близкому соседству могут способствовать распространению инфекции на придатки матки и тазовую брюшину. Наконец, запоры вследствие постоянной интоксикации из кишечника и понижения обмена веществ могут вести к развитию общего малокровия вплоть до тяжелых степеней анемии.

В борьбе с запорами первая роль принадлежит пищевому режиму (прием пищи в определенные, строго установленные часы и регулярное опорожнение кишечника). Значительно помогают и способствуют регулярному действию кишечника физические упражнения, игры, спорт, прогулка, употребление фруктов, овощей (особенно сырой моркови), черного хлеба, уменьшение белковой пищи, минеральные воды (боржом, эссентуки № 20).

Что касается *одежды*, то она должна быть легкой, не стесняющей движений и не оказывающей давления на отдельные части тела. Лучшей одеждой является свободное платье. Корсеты, тугие пояса, ведущие к сдавлению внутренних органов живота и вызывающие повышение внутрибрюшного давления, атрофию брюшных мышц (при длительном ношении), вялость кишечника (имеющую следствием те же запоры), а также тугие круглые подвязки, способствующие венозному застою в нижних конечностях, — все это должно исключаться из обихода женщины.

Панталоны следует рекомендовать закрытые в целях предохранения половых органов от пыли и охлаждения в холодное время года. Рекомендуются ношение бюстгалтеров, так как приподнимание грудей кверху способствует лучшему кровообращению в них. Белье должно меняться чаще (каждые 3—4 дня), особенно в летнее время. Обувь должна быть просторной, с широким носком, на низком каблуке. Летом лучше носить брезентовую обувь или кожаные сандалии.

Уход за наружными половыми органами должен состоять в ежедневных обмываниях теплой водой с мылом и в обмывании области заднего прохода. Спринцевание влагалища, которое многие женщины делают с «гигиеническими» целями, не следует рекомендовать, так как они могут способствовать внесению инфекции во влагалище и, кроме того, понижают естественные защитные способности последнего. Нужно помнить, что спринцевание есть *лечебное* мероприятие, которое назначается по тем или иным показаниям специалистом.



## Гигиена менструального периода

Иногда во время месячных у женщин появляется быстрая утомляемость как при физической, так и особенно при умственной работе, наблюдается быстрая смена настроений, плохое общее самочувствие и т. п.

Кроме того, известно, что половые органы во время месячных являются особенно предрасположенными к инфекции, а при наличии в них не вполне затихших инфекционных процессов последние нередко обостряются именно во время месячных. Иногда наблюдаются и общие расстройства в виде появления сыпей на теле (аспе), расстройств со стороны кишечника и т. д. Все сказанное говорит за то, что во время менструации имеется особенно легкая ранимость женского организма и что женщина должна себя особенно щадить именно во время месячных.

У женщины, физически плохо развитой, систематическая работа, вызывающая приливы крови к тазовым органам, производимая в той же мере и во время месячных, может неблагоприятно отразиться на функции половых органов. Медицинский персонал должен принимать во внимание жалобы на разбитость и плохое самочувствие во время месячных. Большой погрешностью против гигиенических правил являются предпринимаемые во время месячных прогулки на велосипеде или верхом на лошади, а также участие в танцах, утомительных играх и т. п.

Занятие спортом, физические упражнения, холодные купанья, оказывающие большое влияние на кровообращение, также должны быть запрещены во время месячных. Неутомительные прогулки, напротив, могут быть рекомендованы для улучшения циркуляции крови и лучшего обмена веществ, особенно лицам, страдающим запорами. Безусловно излишней и даже вредной является привычка проводить первые дни месячных в постели, если к тому, конечно, нет каких-либо специальных показаний. Обычный уход за телом во время месячных не должен прерываться, за исключением горячих ванн, которые могут быть возобновлены только после полного прекращения месячных.

Уход за половыми органами должен заключаться в ежедневных обмываниях их 2—3 раза в день теплой водой с мылом для удаления пристающей к волосам и коже крови и с целью предупреждения ее разложения. Всякие спринцевания, безусловно, воспрещаются.

Для защиты половых органов и удаления менструальной крови лучше всего применять марлевые подушечки, лигнин или вату, завернутую в марлю. Такие подушечки носят в виде Т-образной повязки; подушечки должны меняться несколько раз в день и после употребления сжигаться. При невозможности пользоваться марлевыми подушками последние могут готовиться из фланели и после основательной стирки, кипячения и проглаживания горячим утюгом могут быть опять пригодны к употреблению.

Следует во время месячных чаще менять носильное белье.

В период менструации женщина должна оберегать себя от охлаждения, особенно ноги и нижнюю часть живота. Поэтому во



время менструации рекомендуется носить закрытые панталоны. В холодное время и в сырую погоду нужно носить панталоны из теплой материи (байка, бумазея, шерстяной трикотаж).

Во время менструации не рекомендуется употребление острых блюд и пряностей (перец, горчица, хрен, уксус), а также алкогольных напитков (водка, вино, пиво), ибо все это способствует приливу крови к половым органам и усиливает менструальную кровопотерю.

Некоторые женщины в период менструации страдают запорами.

Переполнение нижнего отрезка толстых кишок может влиять на положение матки, способствовать застою крови в малом тазе

	Янв.	Фев.	Март	Апр.	Май	Июнь	Июль	Авг.	Сент.	Окт.	Нояб.	Дек.
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
16												
17												
18												
19												
20												
21												
22												
23												
24												
25												
26												
27												
28												
29												
30												

Рис. 177. Форма записи менструаций (менструальный календарь).

и тем самым — усилению менструации. Необходимо поэтому принимать соответствующие меры к устранению запоров (масляные клизмы, легкие слабительные, минеральные воды, фруктовые соки).

Нужно рекомендовать каждой женщине вести так называемый менструальный календарь (рис. 177), в котором записываются сроки появления менструации, их продолжительность и другие изменения, наблюдаемые при менструации.

Если выделения при менструации не обильные, заштриховывают карандашом одну клетку календаря, при большей кровопотере — две клетки, а при обильных кровянистых выделениях — три клетки.

Особенно серьезное внимание надо обратить на *опасность половых сношений во время менструации*. Половые сношения в это время могут быть причиной занесения инфекции в половые части, где возбудители найдут хороший питательный материал (кровь) и в дальнейшем могут быть занесены и на раневую поверхность по-



...время в сырую погоду нужно носить панталоны  
 ой материи (байка, бумазая, шерстяной трикотаж).  
 о время менструации не рекомендуется употребление остр  
 и пряностей (перец, горчица, хрен, уксус), а также алкого  
 напитков (водка, вино, пиво), ибо все это способствует прил  
 и к половым органам и усиливает менструальную кровопоте  
 некоторые женщины в период менструации страдают запора  
 ереполнение нижнего отрезка толстых кишок может вли  
 оложение матки, способствовать застою крови в малом т

	Янв.	Фев.	Март	Апр.	Май	Июнь	Июль	Авг.	Сент.	Окт.	Нояб.	Дек.
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
16												
17												
18												
19												
20												
21												
22												
23												
24												
25												
26												
27												
28												
29												
30												

Рис. 177. Форма записи менструаций (менструальный календарь).

...самым — усилению менструации. Необходимо поэтому пр  
 ...аать соответствующие меры к устранению запоров (маслян  
 ...змы, легкие слабительные, минеральные воды, фруктовые сок  
 ...каждой женщине вести так называем



лости матки, способствуя развитию воспалительных процессов. Происходящая во время половых сношений гиперемия тазовых органов также нежелательна во время месячных по причинам, выше уже изложенным.

### Гигиена половой жизни

По советским законам вступление в брак разрешается с 18 лет, когда женский организм считается полностью сформированным. Начало половой жизни, а равно и наступление беременности ранее 18 лет может неблагоприятно отразиться и на здоровье молодой матери и на состоянии ребенка.

Физиология нормальной половой жизни связана с функцией внутрисекреторных органов, с состоянием нервно-психического аппарата, а также и с теми или иными социальными и бытовыми факторами.

Женщина, достигшая половой зрелости, обладает нормальным, естественным половым влечением (libido) к другому полу.

Как правило, указанное половое влечение находит свое разрешение в браке, целью которого в нормальных условиях является, разумеется, не половая жизнь как таковая, а организация семьи. Продолжительный брак является лучшим регулятором половой жизни и лучшей гарантией для супругов от возможности тяжелых половых болезней. Напротив, внебрачные (случайные) половые сношения всегда таят в себе огромную опасность заражения половыми болезнями как женщины, так и мужчины. Однако ненормальная половая жизнь даже в условиях брака может порождать ряд конфликтов между супругами. В частности, условия, оказывающие неблагоприятное влияние на нервную систему, могут способствовать угнетению полового возбуждения и возникновению функциональных расстройств полового аппарата.

После первого полового сношения, кроме повреждения девственной плевы, могут происходить надрывы слизистой оболочки преддверия влагалища и возле отверстия мочеиспускательного канала. В этих же местах иногда образуются небольшие кровоизлияния вследствие травматизации слизистой оболочки. Если не дать таким надрывам и ссадинам зарубцеваться, то они могут быть причиной образования изъязвлений и воспалительных процессов. Возбудителями последних являются занесенные гноеродные кокки и кишечная палочка. Ввиду указанных обстоятельств необходимо советовать, чтобы первое половое сношение производилось осторожно, а после него женщина должна воздерживаться от половых сношений в течение нескольких дней.

Уход за половыми органами должен заключаться в осторожных обмываниях теплой водой, без трения и грубых вытираний. Какие бы то ни было спринцевания после половых сношений являются негигиеничными.

В отдельных случаях у нервных женщин после первого сопровождавшегося резкой болезненностью полового сношения может



развиться так называемый вагинизм — резкое болезненное сокращение мышц входа во влагалище. При таком состоянии нормальная половая жизнь становится невозможной. Это явление бывает чаще всего связано с функциональными расстройствами нервной системы, связанными с теми психическими переживаниями, которые иногда возникают при первом половом сношении (боль, кровотечение, испуг). В таких случаях необходимо больную направить на консультацию к специалисту-невропатологу. Консультация с невропатологом необходима при неудовлетворении женщины половой жизнью.

Дать совет о частоте половых сношений трудно. Здесь имеет значение возраст, состояние здоровья супругов, темперамент. Во всяком случае, если у женщины после половых сношений появляется чувство резкого утомления, разбитости, слабости, нужно рекомендовать прекратить на некоторое время половую жизнь или прибегать к ней реже.

Как указывалось выше, половые сношения не допускаются во время менструации. Половую жизнь необходимо ограничить во время беременности. Не рекомендуются половые сношения в первые два месяца беременности, так как они могут способствовать наступлению самопроизвольного выкидыша.

Половая жизнь должна быть прекращена за два месяца до родов во избежание преждевременных родов и послеродовых заболеваний.

Половая жизнь может быть возобновлена не ранее 6 недель после родов.

Перед вступлением в брак как мужчина, так и женщина должны посоветоваться с врачом о состоянии своего здоровья для выяснения бессимптомных заболеваний. Известны случаи, когда мужчина или женщина до вступления в брак болели гонореей или сифилисом и хотя и проходили соответствующий курс лечения, но окончательно своего заболевания не вылечили. Ввиду того, что симптомы болезни исчезли, такие люди считают себя здоровыми, в то время как при тщательном врачебном обследовании у них выявляется то или иное скрыто протекающее заболевание, требующее дальнейшего лечения. Разумеется, таким лицам вступать в брак до полного излечения не рекомендуется.

### Гигиена климактерического периода

После 45-летнего возраста наступает постепенное увядание полового аппарата. В этом периоде у женщины наблюдается целый ряд субъективных и объективных явлений, как то: нарушение обмена веществ, повышенная возбудимость нервно-сосудистого аппарата, изменения психики, вялость и дряблость мышц и целый ряд других явлений, зависящих от прекращения функции половой железы и носящих название явлений выпадения.

В климактерическом периоде многие женщины склонны к телесному покою, который в свою очередь, наряду с другими причи-



нами, ведет к ожирению. Сидячий образ жизни, который часто ведут женщины в этом периоде, способствует понижению обмена веществ, развитию хронических запоров, общему ослаблению организма. Все вышеупомянутые явления могут быть с успехом предупреждены назначением соответствующей легкой диеты (преимущественно растительной), умеренных движений (прогулки, легкая работа, гимнастика, массаж тела).

Соответствующая диета и движения должны производиться еще и потому, что часто в эти годы женщины испытывают крайне неприятное ощущение от внезапных приливов крови к голове и от потливости. В таких случаях иногда могут быть полезны холодные обтирания, души, сидячие ванны, легкие слабительные как отвлекающие кровь к кишечнику. Для уменьшения возбудимости и раздражения нервной системы женщине необходимо предоставить покой.

Пищевой режим также играет большую роль. Стол не должен быть обильным, употребление мясной пищи должно быть ограничено, алкоголь, пряности, резко возбуждающие нервную систему, должны быть исключены из обихода. Если действие кишечника не удастся регулировать назначением соответствующей диеты, можно применять клизмы, испробовать назначение минеральных вод; в крайнем случае даются легкие слабительные.

На половых органах климактерий сказывается также некоторыми неприятными ощущениями — сухостью и зудом влагалища, иногда же усилением выделений, чувством жжения в наружных половых частях. Иногда развиваются кольпиты, требующие местного лечения в виде нераздражающих спринцеваний из ромашки или физиологического раствора. С целью облегчения явлений выпадения иногда с успехом применяются гормональные препараты (оварин, овариокрин) для возмещения выключенной функции половой железы или синтетические гормоны.

Не следует никогда забывать, что климактерический период таит в себе огромную опасность развития *злокачественных новообразований* как в половых органах, так и в молочной железе.

Всякие *кровотечения* в этом периоде, имеющие характер отклонения от обычных месячных, особенно появление кровянистых выделений после длительных промежутков или после половых сношений, *требуют самого серьезного внимания и тщательного исследования* у специалистов для выяснения их причины. Равно усиление белей, особенно сукровичного характера, появление болей, общее похудание, потеря веса, затвердения в молочной железе — все это должно заставить женщину обратиться к врачу для исследования. Необходимо внушать женщинам, чтобы они при вступлении в климактерический период взяли себе за правило показываться врачу каждые 4—6 месяцев, чтобы не пропустить каких-либо незаметных еще для них симптомов начинающегося рака.



## Организация и методика работы по личной гигиене среди женщин на промышленных предприятиях

Особого внимания требуют вопросы личной гигиены женщин, работающих на различных предприятиях промышленности. Массовое вовлечение женщин в производство, естественно, потребовало организации на местах специального медико-санитарного обслуживания их. Помимо организации акушерско-гинекологических кабинетов на предприятиях, способствовавших приближению акушерско-гинекологической помощи к рабочим массам, специальной инструкцией НКЗ СССР от 4 декабря 1942 г. предусмотрена организация для женщин специальных комнат личной гигиены на всех предприятиях с количеством работниц от 1500 и выше.

Целью организации комнат личной гигиены является профилактика гинекологических заболеваний, привитие работницам общегигиенических и специальных гигиенических навыков, а также проведение среди них санитарно-просветительной работы.

Опыт работы хорошо организованных комнат личной гигиены показывает, что при правильной постановке дела они играют огромную роль в снижении заболеваемости работниц и тем самым, следовательно, в повышении производительности труда, в повышении культурно-гигиенических запросов женщин-работниц, в сохранении их здоровья.

Комната личной гигиены должна представлять собой небольшой блок помещений, состоящий из комнаты для верхней одежды, ожидальной и процедурной комнаты, помещения для подогревания воды и уборной.

Комната для ожидания должна быть просторной (25—30 м<sup>2</sup>), светлой и теплой, допускающей размещение 25—30 человек для проведения беседы или лекции. Целесообразно в этой же комнате устроить выставку с соответствующими лозунгами, плакатами, рисунками на темы о личной гигиене женщины, о половой гигиене, о предупреждении женских болезней и т. п. В той же комнате должно быть предусмотрено место для биксов с бельем (салфетки, менструальные подушечки, прокладки).

Процедурная комната (16—20 м<sup>2</sup>) должна быть выкрашена масляной краской, с выкрашенным или покрытым линолеумом полом. В ней должны быть 2—3 оборудованные кабины (не менее 1,5 м<sup>2</sup>), закрывающиеся легкой дверцей или занавеской.

В центре кабины в небольшом углублении в полу устанавливается оцинкованное, а еще лучше фаянсовое или фарфоровое корытце размерами 80 × 40 см, имеющее сток для воды, использованной при обмывании половых органов.

С задней стены кабины подводится к корытцу металлическая трубка для подачи воды с двумя кранами для горячей и холодной воды, позволяющими регулировать температуру воды. Трубка для подачи воды должна устанавливаться в наклонном положении (под углом 30—40°) и заканчиваться воронкой с сеткой (8—10 от-



верстий) для выпуска теплой струи воды. Воронка с сеткой должна быть расположена в виде фонтанчика над центром корытца на высоте 20 см от пола при высоте стенок корытца 5 см.

В кабине должна быть вешалка для одежды и полка для салфеток.

В общей части процедурной комнаты должен быть умывальник для мытья рук, мыло, чистые полотенца, оцинкованный ящик или ведро с крышкой для использованных салфеток и прокладок. Температура в процедурной комнате должна быть 17—18°.

В помещении для подогрева воды, которое должно находиться рядом с процедурной комнатой, устанавливается колонка (или нагревательный бак) емкостью 10—15 ведер воды для гигиенических процедур. В умывальник для мытья рук также проводится теплая вода.

Уборная должна иметь 2—3 очка или больше, в зависимости от количества работниц, и должна содержаться в состоянии максимальной чистоты.

Обслуживается комната личной гигиены, как правило, медицинской сестрой, а там, где это не осуществимо, квалифицированной санитаркой, прошедшей соответствующий техминимум. Приходящие в комнату личной гигиены женщины регистрируются (записывается фамилия и фабричный номер). О менструирующих в регистрационной книге делается специальная отметка. Всех приходящих в первый раз медицинская сестра инструктирует о способе производства гигиенических процедур.

Салфетки, сделанные из марли, после употребления должны стираться и стерилизоваться в автоклаве, бумажные салфеточки сжигают. Менструальные подушечки-прокладки изготавливаются из марли и ваты (или лигнина) и также перед употреблением стерилизуются в автоклаве. Салфетки и прокладки хранятся в стерильном барабане или мешке и выдаются на руки сестрой или санитаркой стерильным корнцангом, который должен храниться в стеклянном сосуде с дезинфицирующим раствором.

С приходящими в комнату личной гигиены женщинами медицинская сестра проводит санитарно-просветительную работу и инструктаж по технике проведения туалетной процедуры, а также беседы по вопросам личной гигиены вообще.

Нужно помнить, что мало создать комнату личной гигиены; нужно среди женщин-работниц вести систематически разъяснительную работу, направленную к привлечению женщин в комнаты личной гигиены, пропагандируя роль этого важного мероприятия в сохранении здоровья женщины, особенно в менструальный период, во время беременности, после родов, при гинекологических заболеваниях.

Только при соблюдении указанных условий можно рассчитывать на эффективность работы.



## О Г Л А В Л Е Н И Е

	Стр.
Введение . . . . .	3
Понятие о гинекологии . . . . .	—
Виднейшие отечественные ученые в области гинекологии . . . . .	—
Особенности и достижения советской гинекологии . . . . .	6
Вопросы деонтологии . . . . .	10
 <i>Глава первая. Методика исследования гинекологических больных . . . .</i>	 13
А н а м н е з . . . . .	—
Возраст больной . . . . .	16
Влияние условий труда и быта . . . . .	—
Жалобы больной . . . . .	17
Детство . . . . .	21
Половая жизнь . . . . .	22
Беременность и ее исход . . . . .	23
Предшествующие заболевания . . . . .	24
 О б ъ е к т и в н о е    и с с л е д о в а н и е . . . . .	 —
Общее состояние больной . . . . .	—
Обстановка для исследования гинекологических больных . . . . .	25
Положение больной . . . . .	28
Подготовка рук для исследования . . . . .	30
Подготовка больной к исследованию . . . . .	—
Наружное исследование . . . . .	32
Осмотр живота . . . . .	—
Пальпация (ощупывание) живота . . . . .	33
Выстукивание живота . . . . .	36
Выслушивание живота . . . . .	—
Измерение живота . . . . .	37
Осмотр наружных половых органов . . . . .	—
Внутреннее исследование . . . . .	38
Прямокишечное комбинированное исследование . . . . .	44
Осмотр с помощью инструментов . . . . .	45
Дополнительные методы исследования . . . . .	50
Лабораторные методы исследования . . . . .	52



	Стр.
<i>Глава вторая. Аномалии развития половых органов. Неправильные положения матки.</i> . . . . .	58
Пороки развития . . . . .	—
Пороки развития яичников и труб . . . . .	—
Пороки развития матки и влагалища . . . . .	59
Сужение влагалища . . . . .	62
Неправильное развитие матки и влагалища . . . . .	63
Пороки развития наружных половых органов . . . . .	67
Двуснастие (гермафродитизм) . . . . .	—
Неправильные положения матки . . . . .	68
Наклонения матки . . . . .	70
Перегибы матки . . . . .	72
Опущение и выпадение матки . . . . .	73
Симптомы неправильных положений матки . . . . .	75
Выворот матки . . . . .	78
Лечение неправильных положений матки . . . . .	79
Профилактика неправильных положений матки . . . . .	82
<i>Глава третья. Расстройства менструаций</i> . . . . .	83
Аменоррея . . . . .	86
Меноррагия . . . . .	88
Метроррагия . . . . .	91
Дисменоррея . . . . .	92
<i>Глава четвертая. Воспалительные заболевания женских половых органов</i> . . . . .	95
Возбудители . . . . .	—
Общие симптомы . . . . .	97
Бели . . . . .	—
Боли . . . . .	98
Кровотечения . . . . .	99
Гонорройные заболевания . . . . .	—
Гонококк и его свойства . . . . .	100
Способы заражения . . . . .	101
Гоноррея нижнего отдела полового аппарата . . . . .	104
Вульвит и вестибулит . . . . .	—
Бартолинит . . . . .	—
Уретрит . . . . .	105
Эндоцервицит . . . . .	106
Гоноррея верхнего отдела полового аппарата . . . . .	107
Восходящая гоноррея . . . . .	—
Гонорройный эндометрит . . . . .	108
Гонорройное воспаление придатков матки . . . . .	109
Периметрит, пельвеоперитонит и общий перитонит . . . . .	110
Лечение гонорреи . . . . .	112
Установление излеченности от гонорреи . . . . .	114
Местное лечение гонорройных очагов . . . . .	—
Лечение восходящей гонорреи . . . . .	116



58	Профилактика гонорреи у взрослых . . . . .	Стр. 116
—	Гоноррея в раннем детском возрасте . . . . .	118
—	Заражение и течение . . . . .	—
59	Лечение . . . . .	120
62	Профилактика . . . . .	121
63	Септические заболевания . . . . .	—
67	Возбудители и распространение инфекции . . . . .	—
—	Инфекция с местной локализацией . . . . .	123
68	Воспаление наружных половых органов . . . . .	—
70	Воспаление влагалища . . . . .	—
72	Септическое воспаление матки и придатков . . . . .	124
73	Воспаление клетчатки таза . . . . .	125
75	Общее септическое заражение . . . . .	128
78	Профилактика септических заболеваний . . . . .	132
79	Туберкулез половых органов . . . . .	133
82	Сифилис (твердый шанкр) женских половых органов . . . . .	138
83	Паразиты женских половых органов . . . . .	140
86	Трихомонады . . . . .	—
88	Острицы . . . . .	142
91	Глава пятая. Бесплодие . . . . .	144
92	Профилактика бесплодия женщины . . . . .	148
95	Глава шестая. Опухоли . . . . .	149
—	Предраковые заболевания женских половых органов . . . . .	150
97	Опухоли яичника . . . . .	157
—	Эпителиальные опухоли яичника . . . . .	160
98	Соединительнотканые опухоли яичника . . . . .	162
99	Тератоидные новообразования яичников (тератомы) . . . . .	163
—	Гормонотрофические опухоли яичников . . . . .	164
100	Феминизирующие опухоли . . . . .	165
101	Маскулинизирующие опухоли . . . . .	166
104	Симптоматология и течение опухолей яичника . . . . .	167
—	Диагностика опухолей яичника . . . . .	169
—	Лечение опухолей яичника . . . . .	171
105	Опухоли матки . . . . .	172
106	Фибромиомы . . . . .	—
107	Рак шейки матки . . . . .	178
—	Симптоматология и диагностика . . . . .	179
108	Лечение . . . . .	195
109	Рак тела матки . . . . .	198
110	Симптоматология и диагностика . . . . .	—
112	Течение и прогноз . . . . .	202
114	Лечение . . . . .	—
—	Рак влагалища . . . . .	203
116	Рак наружных половых органов . . . . .	206
		337



	Стр.
Острые кондиломы . . . . .	210
Рак женской уретры . . . . .	211
Профилактика рака женских половых органов . . . . .	212
Глава седьмая. Свищи . . . . .	217
Глава восьмая. Методика ухода за гинекологическими больными и общая терапия заболеваний женских половых органов . . . . .	220
Режим гинекологических больных . . . . .	222
Методика ухода и общая терапия . . . . .	224
Применение льда, согревающих компрессов и грелок . . . . .	—
Спринцевания . . . . .	226
Лечение эрозий . . . . .	229
Тампонада матки . . . . .	231
Лечение тампонами . . . . .	232
Лечебные клизмы . . . . .	234
Фармакологические способы лечения . . . . .	235
Кровоостанавливающие средства . . . . .	—
Обезболивающие средства . . . . .	237
Сульфаниламиды и антибиотики . . . . .	238
Иммунотерапия . . . . .	242
Переливание крови . . . . .	246
Гормонотерапия . . . . .	248
Глава девятая. Специальные виды терапии гинекологических заболеваний	252
Физиотерапевтические методы лечения . . . . .	—
Электротерапия . . . . .	253
Ионотерапия . . . . .	254
Диатермия . . . . .	256
Светолечение . . . . .	258
Солнечные ванны . . . . .	—
Искусственные источники света . . . . .	259
Гидротерапия . . . . .	262
Лечение ваннами . . . . .	263
Грязелечение . . . . .	265
Парафинотерапия . . . . .	267
Озокеритотерапия . . . . .	268
Массаж и лечебная физкультура . . . . .	269
Санаторно-курортное лечение . . . . .	270
Лучевые методы терапии . . . . .	272
Рентгенотерапия . . . . .	—
Радиевая терапия . . . . .	274
Оперативное лечение . . . . .	275
Обстановка операционной . . . . .	276
Гинекологический инструментарий . . . . .	278
Подготовка больной к операции . . . . .	284



	Стр.
Обезболивание . . . . .	287
Общий наркоз . . . . .	—
Спинномозговая анестезия . . . . .	292
Послеоперационный период . . . . .	293
Наблюдение за деятельностью сердца и температурой . . . . .	296
Наблюдение за мочеиспусканием . . . . .	298
Наблюдение за деятельностью кишечника . . . . .	299
Пролежни . . . . .	300
Брюшностеночное чревосечение . . . . .	301
Ход операции при удалении опухолей придатков и матки . . . . .	304
Влагалищное чревосечение . . . . .	307
Ход операции удаления матки через влагалище . . . . .	—
Ход операции при задней кольпотомии . . . . .	308
Выскабливание полости матки . . . . .	309
Пластические операции . . . . .	310
<i>Глава десятая. Неотложная помощь в гинекологии . . . . .</i>	<i>311</i>
Травматические повреждения женских половых органов . . . . .	—
Внематочная беременность . . . . .	312
Перекручивание опухоли . . . . .	318
Неотложная помощь при маточных кровотечениях . . . . .	320
<i>Глава одиннадцатая. Гигиена женщины. . . . .</i>	<i>322</i>
Гигиена детского возраста . . . . .	—
Гигиена подростков и взрослой женщины . . . . .	324
Общегигиенический режим . . . . .	—
Гигиена менструального периода . . . . .	328
Гигиена половой жизни . . . . .	330
Гигиена климактерического периода . . . . .	331
Организация и методика работы по личной гигиене среди женщин на промышленных предприятиях . . . . .	333



**Серебров Александр Иванович**  
Учебник гинекологии

Редактор *Н. Л. ГАРМАШЕВА*

Техн. редактор *М. С. Рулева*

Корректоры *Т. Н. Шаробайко* и  
*Е. Р. Сухотина*

---

Подписано к печати с матриц 15/V 1957 г. М-09185.  
Тираж 100 000 экз. Формат бум. 60×92<sup>1</sup>/<sub>16</sub>. Печ.  
лист. 21<sup>1</sup>/<sub>4</sub> + <sup>1</sup>/<sub>8</sub> вкл. Бум. лист. 10,62. Учетно-изд.  
лист. 21,26. Заказ № 455. Цена 4 р. 45 к. + 1 руб.  
переплет.

---

Министерство культуры СССР. Главное управление  
полиграфической промышленности. 2-я типография  
„Печатный Двор“ имени А. М. Горького. Ленинград,  
Гатчинская, 26.



14

и

М-09185.  
в. Печ.  
тно-изд.  
+ 1 руб.

правление  
тография  
енинград,











5 руб. 45 коп.



А. И. СЕРБОВ УЧЕБНИК ТИПЕКОЛОГИИ